

# Acuerdo del programa de préstamo

## Monitoreo de la automedición de la presión arterial

PARA EL PERSONAL DEL CONSULTORIO

### Información del prestador

Nombre de la organización \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

### Información del paciente

Nombre \_\_\_\_\_

Identificación del paciente \_\_\_\_\_

Información de contacto de preferencia  
(teléfono o correo electrónico)

### Información sobre el equipo

Fabricante y el modelo del dispositivo \_\_\_\_\_

Identificación del dispositivo \_\_\_\_\_

#### Insumos

(marque todas las opciones que correspondan):

Manga para presión arterial (tamaño variable)

Manga para presión arterial (XL)

Bolso de transporte

Baterías \_\_\_\_\_

Cable de alimentación

Otros \_\_\_\_\_

Devolver  
antes del:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Acepto participar en el programa de préstamo de dispositivo para automedición de la presión arterial y seguir las pautas que me informen.

Acepto devolver el dispositivo en buenas condiciones de funcionamiento en la fecha de vencimiento o con anterioridad.

Firma del paciente

Fecha