



**Clinical Transplant Services**  
**Kidney/Pancreas Transplant Program**  
Mail Code: CB569 • 3181 SW Sam Jackson Park Rd. • Portland, OR 97239 -3098

## **MONITOREO DE PRESIÓN SANGÍNEA** **EVALUACIÓN DEL DONANTE RENAL**

*Como parte de la evaluación inicial de alguien que desea donar un riñón, usted tiene que tomarse la presión sanguínea a distintas horas por tres días consecutivos. Solamente necesitamos que se la tome una vez por día.*

*Presión sanguínea de la mañana: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_*

*Fecha: \_\_\_\_\_*

*Presión sanguínea de la tarde: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_*

*Fecha: \_\_\_\_\_*

*Presión sanguínea de la noche: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_*

*Fecha: \_\_\_\_\_*

*Su nombre: \_\_\_\_\_*