

**LOVE YOUR HEART Blood Pressure Screening  
Event February 14<sup>th</sup>**

**CONSENT FORM —  
TO BE FILLED OUT BY HEALTH CARE WORKER**

**Consent for Evaluation**

I hereby consent to a blood pressure screening, and understand that this is a blood pressure screening only and is not intended to diagnose medical conditions, determine treatment needs, or replace the medical care of my personal physician.

**Signature:** \_\_\_\_\_

**Name (Printed):** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

---

**THIS AREA FOR STAFF USE ONLY**

**Time of Screening**

\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ AM/ PM

**Location of  
Screening**

\_\_\_\_\_

**In the event the individual with hypertensive emergency declines medical services:**

**Client declines medical services**

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Name (Printed):** \_\_\_\_\_

**Health Care Worker:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Recorded Blood Pressure:** \_\_\_\_\_

**Notes:**

**HEALTH CARE WORKER: PLEASE RETURN COMPLETED FORM TO YOUR SITE MANAGER**

**AMA TU CORAZÓN**  
**Revisión de su Presión**  
**Arterial 14 de febrero**

**Consentimiento para ser Evaluado**

Doy mi consentimiento para un examen de la presión arterial, y entiendo que esto es una prueba y no está destinado a diagnosticar condiciones médicas, determinar necesidades de tratamiento, o sustituir la atención médica de mi médico personal.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre (letra de molde): \_\_\_\_\_

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

---

**ESTE ESPACIO PARA USO PERSONAL SOLAMENTE**

<p>Hora del examen</p> <p>_____ : _____ AM/ PM</p>
--

<p>Lugar del examen</p> <p>_____</p>
--------------------------------------

**En caso de que el participante con urgencia hipertensiva rechace servicios médicos:**

**Participante rechaza los servicios médicos**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Participante (letra de molde): \_\_\_\_\_

Educador de salud: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Presión Arterial: \_\_\_\_\_

Notas:

**EDUCADOR DE SALUD: DEVUELVA ESTE FORMULARIO COMPLETO A SU SUPERVISOR**