

Controlando sus síntomas

Conozca los signos de alarma y en caso de notar alguno de los siguientes, consulte a su médico:

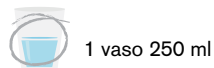
- Necesidad de dormir incorporado o sentado
- Mayor dificultad al respirar
- Pies, tobillos o abdomen hinchados
- Ganancia rápida de peso (más de 1 kg en un día^{3,5} o más de 2 kg en 2-3 días^{4,5})
- Tos seca persistente
- Dolor en el pecho
- Empeoramiento del cansancio
- Mareo o pérdida de la conciencia
- Orinar con menos frecuencia de la habitual



Como completar el block de seguimiento

1. Escriba la fecha

2. Marque con un círculo la cantidad de líquido que ha tomado durante el día



3. Marque con una x como se siente



4. Escriba el peso que marca su balanza, la presión arterial y sus pulsaciones

EJEMPLO

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	80
24/8	15.0	8	100
	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones



	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones



	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones



	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA			.....
.....	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA			.....
.....	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA			.....
.....	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA			.....
.....	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA			.....
.....	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA			.....
.....	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones



	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA			.....
.....	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA			.....
.....	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones



	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA			.....
.....	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA			.....
.....	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones



	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones



	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones



	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones



	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

	Líquidos	Me siento	Peso Kg
FECHA		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Presión arterial máxima	Presión arterial mínima	Pulsaciones

Recordatorio de visitas a su médico

EN ESTA SECCIÓN
PODRÁ ANOTAR
LO QUE DESEE
RESPECTO A CADA
VISITA A SU MÉDICO.

FECHA / / HORARIO:

DIRECCIÓN:

ANOTACIONES

.....

.....

FECHA / / HORARIO:

DIRECCIÓN:

ANOTACIONES

.....

.....

FECHA / / HORARIO:

DIRECCIÓN:

ANOTACIONES

.....

.....

FECHA: / / HORARIO:

DIRECCIÓN:

ANOTACIONES

.....

.....

FECHA / / HORARIO:

DIRECCIÓN:

ANOTACIONES

.....

.....

FECHA / / HORARIO:

DIRECCIÓN:

ANOTACIONES

.....

.....

FECHA / / HORARIO:

DIRECCIÓN:

ANOTACIONES

.....

.....

FECHA / / HORARIO:

DIRECCIÓN:

ANOTACIONES

.....

.....

FECHA / / HORARIO:

DIRECCIÓN:

ANOTACIONES

.....

.....