

Insuficiencia cardíaca: Controles diarios para mantenerse saludable



Todo está **bien**



Llame a **su médico**



¡Llame al 911 para obtener **AYUDA** de inmediato!

PESO



Debo pesar **libras**



Me encuentro en ese rango



Mi peso tiene **+4** o **-4** libras respecto de la meta



Escribo mi peso todos los días



MEDICAMENTO



Tome **TODAS** sus píldoras todos los días según las indicaciones



Tomo todas mis píldoras



Tengo problemas para conseguir o tomar todas mis píldoras



BEBIDAS



Puedo beber **oz de líquido por día**



Cumplo con mi límite de líquidos



Bebo demasiado líquido



Llevo un registro de mis líquidos todos los días



SODIO



Puedo ingerir **mg de sal/sodio por día**



Cumplo con mi límite de sodio



Ingiero demasiado sodio



Llevo un registro de mi sodio todos los días





Debo estar activo durante _____ minutos cada semana

Puedo hacer estas actividades: _____

- Cumpló con mi meta de actividad todas las semanas
- Tengo problemas para estar activo



Controle sus pies, tobillos y estómago para detectar hinchazón

- No estoy hinchado
- Estoy hinchado



- Tengo dificultad para respirar
- Tengo falta de aire
- Tengo tos seca
- Es difícil respirar **LLAMAR AL 911**



¿Cuán cansado está?

- No estoy cansado
- Estoy más cansado de lo habitual
- Me siento confundido o no puedo pensar bien **LLAMAR AL 911**



- Me siento mareado
- Voy al baño por la noche con mayor frecuencia que la habitual
- Siento como si algo no estuviera bien
- Tengo dolor de pecho que es nuevo o está peor que antes **LLAMAR AL 911**