

Semáforo para pacientes con insuficiencia cardíaca

¿En qué zona está hoy? ¿Verde, amarilla o roja?

Médico/proveedor: _____

Teléfono: _____



Zona verde

Me siento bien.

- No tengo ninguna dificultad para respirar.
- Me peso todos los días.
- No subí más de 2lb en una semana.
- No tengo inflamación en los pies, los tobillos, las piernas ni el abdomen.
- No tengo dolor en el pecho.

Cómo voy a prevenir los síntomas hoy

Haré lo siguiente:

- Me pesaré a primera hora de la mañana y anotaré el peso.
- Tomaré los medicamentos según lo indicado.
- Revisaré si tengo inflamación en los pies, los tobillos, las piernas o el abdomen.
- Comeré alimentos con bajo contenido de sal. Seguiré una dieta de 2g de sodio por día.
- Me aseguraré de hacer suficiente actividad física y descansar.



Zona amarilla

No me siento bien.

- Aumenté de peso más de 2 a 3lb en un día o 5lb o más en una semana.
- Tengo dificultad para respirar al hacer mis actividades normales.
- Tengo inflamación en los pies, los tobillos, las piernas o el abdomen.
- Me siento más cansado o tengo menos energía que de costumbre.
- Tengo dificultad para orinar.
- Estoy mareado.
- Me siento incómodo o tengo la sensación de que algo no va bien.
- Tengo dificultad para respirar cuando estoy acostado o necesito dormir sentado en una silla.

¡Precaución!

Tome medidas HOY. Haré lo siguiente:

- Informaré de estos síntomas a mi médico/proveedor lo antes posible.
- Seguiré tomando mis medicamentos diarios para el corazón como mi médico los recetó.
- Llamaré a mi médico/proveedor si mis síntomas no mejoran.
- _____
- _____
- _____



Zona roja

¡Me siento fatal!

- Me cuesta respirar.
- Tengo dificultad para respirar mientras estoy sentado sin moverme.
- Me duele el pecho.
- Me siento confundido o no puedo pensar con claridad.

¡Busque ayuda!

Actúe AHORA:

- **LLAME AL 911 o busque atención médica INMEDIAMENTE.**
- Mientras recibe ayuda, haga lo siguiente:
- _____
- _____
- _____

Semáforo para pacientes con insuficiencia cardíaca

¿En qué zona está hoy? ¿Verde, amarilla o roja?

Nombre: _____

Mi peso objetivo es: _____ Mes: _____

(El equipo de atención médica deberá completarlo)

Fecha	Peso	Medicamento	Inflamación	Zona
Día 1		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 2		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 3		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 4		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 5		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 6		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 7		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 8		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 9		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 10		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 11		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 12		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 13		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 14		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 15		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	

Médico/proveedor: _____

Teléfono: _____

Controlar su peso y conocer los signos de alerta de la insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) son importantes para cuidar su salud. Complete este formulario todos los días para registrar su peso, responder si tomó su medicamento, controlar si tiene inflamación y determinar su zona. Llévelo con usted a cada visita que tenga con su equipo de atención médica. En el reverso, se explican los síntomas y signos de alerta de cada zona.

Fecha	Peso	Medicamento	Inflamación	Zona
Día 16		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 17		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 18		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 19		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 20		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 21		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 22		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 23		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 24		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 25		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 26		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 27		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 28		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 29		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 30		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	
Día 31		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde: _____	