

Herramienta de zonas para la insuficiencia cardíaca

A diario:	<ul style="list-style-type: none"> Tómese el peso en la mañana antes del desayuno, anótelos y compárelos con el último peso. Tome sus medicamentos según lo indicado. Verifique los síntomas de insuficiencia cardíaca de la zona amarilla. Coma alimentos bajos en sal. Equilibre los períodos de actividad y de descanso.
------------------	--

¿En qué zona se encuentra hoy? ¿Verde, amarilla o roja?

Zona verde: Aquí es donde hay que estar	Sus síntomas están bajo control. Usted: <ul style="list-style-type: none"> No tiene dificultad para respirar. No tiene un aumento de peso de 2 libras o más. No tiene hinchazón en los pies, los tobillos, las piernas o el abdomen. No tiene molestias en el pecho. 	 
Zona amarilla: <u>Está empeorando</u> <i>Llame a su médico</i>	Precaución - Esta zona es de advertencia Llame al consultorio de su médico si presenta alguna de las siguientes opciones: <ul style="list-style-type: none"> Aumentó 3 libras de peso en 2 días o 5 libras en más de una semana. Dificultad para respirar reciente o en aumento. Más hinchazón en los pies, los tobillos, las piernas, el abdomen, el cuello o el rostro. Falta de apetito, náuseas o distensión abdominal. Tos seca. Mareos. Se siente inquieto, cansado o que algo va mal. Le cuesta respirar cuando está acostado. 	  
Zona roja Mucho peor <hr style="border: 0; border-top: 1px solid white; margin: 5px 0;"/> <i>Llame a su médico o al 911</i>	Emergencia Llame al consultorio de su médico o al 911. <ul style="list-style-type: none"> Dificultad para respirar o falta de aliento al quedarse quieto. Tiene que dormir sentado para respirar mejor. Dolor en el pecho. Confusión o no puede pensar con claridad. Casi se desmaya, se desvanece o se cae. 	  

Si fuma, lo mejor que puede hacer para ayudar al corazón y los pulmones es dejar el tabaco.

Llame a la línea directa de ayuda para dejar de fumar en Oregon al 877-270-7867 y en Washington al 800 QUIT-NOW.

Registro de peso diario



Mes:			Mes:		
Día	Peso	Zona de insuf. card.	Día	Peso	Zona de insuf. card.
1		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	17		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	18		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	19		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	20		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	21		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	22		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	23		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	24		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	25		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	26		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	27		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
28		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	28		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
29		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	29		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	30		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	31		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Si presenta alguno de los siguientes síntomas, llame a su médico: _____
al _____

Peso

- Aumenta 3 libras en 2 días
- Aumenta 5 libras en una semana

Hinchazón

- Tobillos
- Pies
- Manos
- Rostro
- Cuello
- Abdomen

Respiración

- Sibilancias
- Dificultad para respirar

Otros síntomas:

- Molestias en el pecho
- Tos seca
- Mareos



*Consulte su guía de zonas de insuficiencia cardíaca

Marque la zona en la que se encuentra cada día.

Verde: Esta es la zona objetivo.

Amarilla: Esta zona es de advertencia.

Roja: Esta zona es de emergencia.