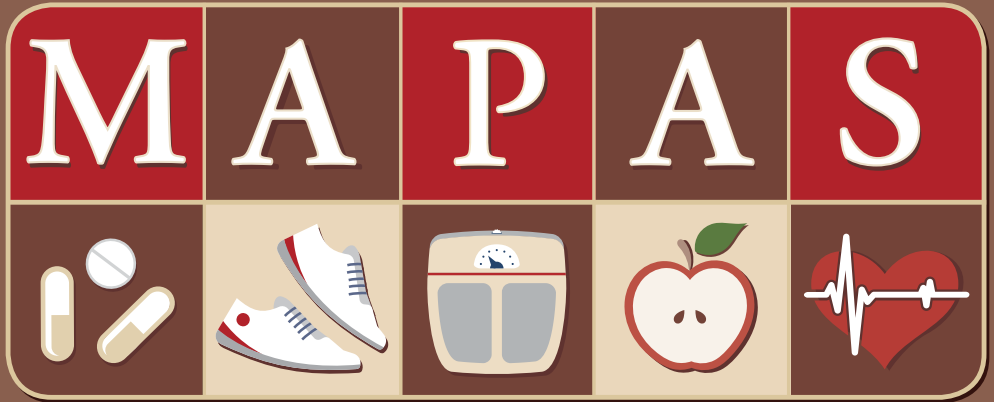


en español

Educación para pacientes
intermountainhealthcare.org/heartfailure



Insuficiencia cardíaca

.....
DIARIO DE AUTOCUIDADO



Nombre: _____

Nombre de su médico: _____

Después de las horas de oficina llame al número: _____

Farmacia: _____

Otros números telefónicos importantes: _____

Número del servicio de emergencia: 911

Programación de las citas

Fecha y Hora	Fecha y Hora

Lleve esta libreta a todas las citas en la clínica o el consultorio.

Más información de Intermountain

- **La vida con insuficiencia cardíaca** y el folleto **Insuficiencia cardíaca**: Información sobre los síntomas, el diagnóstico, las opciones de tratamiento y el estilo de vida
- Hoja informativa **Control de líquidos en la insuficiencia cardíaca**: Una herramienta para registrar su consumo de líquidos
- **Heart Failure DVD**: Un video con información y consejos

Visite intermountainhealthcare.org/heartfailure



M A P A S



LISTADO DE MEDICAMENTOS	4
MAPAS CONSEJOS PARA EL CUIDADO PERSONAL. .	5-6
OTROS CONSEJOS SALUDABLES.....	7
PLAN DE ACCIÓN PARA INSUFICIENCIA CARDÍACA. . .	8-9
RECURSOS.....	10
INSTRUCCIONES DE SEGUIMIENTO.....	11
CALENDARIOS DE SEGUIMIENTO CON NOTAS	12-23

Listado de medicamentos

Marque la casilla junto a cada uno de los medicamentos que toma para la insuficiencia cardíaca

	TIPO	EJEMPLOS
<input type="checkbox"/>	Inhibidores ECA o antagonistas de receptores de angiotensina II (BRA)	Inhibidores ECA: captopril (Capoten), enalapril (Vasotec), fosinopril (Monopril), lisinopril (Prinivil, Zestril), quinapril (Accupril), ramipril (Altace) BRA: candesartán (Atacand), losartán (Cozaar), valsartán (Diovan)
<input type="checkbox"/>	Vasodilatadores alternativos	hidralazina (Apresoline), mononitrato de isosorbida (Imdur, ISMO, Monoket), dinitrato de isosorbida (Isordil Titradoso, Dilatrate-SR), hidralazina/dinitrato de isosorbida (BiDil)
<input type="checkbox"/>	Antagonistas de receptores de aldosterona	espironolactona (Aldactone), eplerenona (Inspra)
<input type="checkbox"/>	Beta bloqueadores	bisoprolol (Zebeta), carvedilol (Coreg, Coreg CR), metoprolol succinato (Toprol XL)
<input type="checkbox"/>	Diureticos “pastillas para eliminar líquidos”)	bumetanida (Bumex), furosemida (Lasix), metolazona (Zaroxolyn), torsemida (Demadex)
<input type="checkbox"/>	Suplementos minerales	óxido de magnesio, potasio (K-Dur, K-tab, K-Lyte, Micro K, Slow K, Klor-con)
<input type="checkbox"/>	Digitálicos	digoxina (Lanoxin)
<input type="checkbox"/>	Anticoagulantes (diluyentes sanguíneos)	heparina, warfarina (Coumadin), enoxaparina (Lovenox), apixabán (Eliquis), rivaroxabán (Xarelto), dabigatrán (Pradaxa)
<input type="checkbox"/>	Otros:	

MAPAS Consejos para el cuidado personal

MEDICAMENTOS

Los medicamentos que se recetan para tratar la insuficiencia cardíaca son muy importantes para su plan de tratamiento total. Asegúrese de tomar sus medicamentos todos los días, aunque se sienta bien de salud. Nunca se salte una dosis.

ACTIVIDAD

La actividad diaria le ayudará a sentirse mejor. Salga a caminar, visite a un amigo o trabaje en su jardín. Conozca sus límites y no se esfuerce más de lo necesario. Descanse si se siente cansado o le falta aire. Probablemente usted tendrá días buenos y días malos.

PESO

Su médico le recomendará un **peso óptimo**.

Mi peso óptimo es
de _____ **libras.**

(Este peso se refiere al peso de su cuerpo cuando no está reteniendo agua.)

Es muy importante que se pese diariamente para poder mantener su peso óptimo. En lo posible debe pesarse a la misma hora todos los días, por la mañana sería lo ideal.

Llame a su médico si:

- Ganas 2 o más libras en un día
- Usted gana 5 libras sobre su peso objetivo

El aumentar rápidamente de peso puede ser una señal de acumulación de líquidos en su cuerpo y puede que sea necesario hacer una modificación en su plan de tratamiento.

Nota: También puede necesitar un cambio en su tratamiento plan si pierde peso rápidamente. El bajar de peso rápidamente puede ser una señal de deshidratación. Llame a su médico si usted baja de peso más de 5 libras por debajo de su peso óptimo en un solo día.

M

Tome sus
MEDICAMENTOS

A

Manténgase
ACTIVO
todos los días

P

PÉSESE
todos los días

A

Consuma
ALIMENTOS
balanceados

S

Aprenda a
reconocer sus
SÍNTOMAS

MAPAS Consejos para el cuidado personal

ALIMENTOS

Cuando se sufre de insuficiencia cardíaca es muy importante eliminar o reducir el consumo de comidas con sal o sodio. El exceso de sodio puede hacer que su cuerpo retenga agua, lo cual puede hacer que sus síntomas empeoren.

- Ingiera menos de 2,000 miligramos (2 gramos) de sodio al día.
- No ingiera más de 2 litros de líquidos al día. La hoja informativa *Control de líquidos en insuficiencia cardíaca* le puede ayudar a hacer esto.



Estos cambios de dieta no significan que tiene que dejar de sentir el sabor de sus alimentos. Consulte a su proveedor de cuidados de la salud sobre formas sencillas de limitar su consumo de sodio. Si usted tiene otros padecimientos además de la insuficiencia cardíaca, podría necesitar hacer otros cambios en su dieta. Consulte a su médico.

SÍNTOMAS

Preste atención a los síntomas comunes de insuficiencia cardíaca:

- Debilidad y fatiga excesiva
- Sensación de falta de aire, especialmente al estar recostado
- Aumento de fatiga o falta de aliento al realizar actividades
- Tos seca, persistente
- Malestar estomacal con la sensación de inflamación
- Pies y tobillos hinchados
- Aumento de peso

Llame a su médico si usted se da cuenta de que sus síntomas empeoran.

M

Tome sus
MEDICAMENTOS

A

Manténgase
ACTIVO
todos los días

P

PÉSESE
todos los días

A

Consuma
ALIMENTOS
balanceados

S

Aprenda a
reconocer sus
SÍNTOMAS

Otros consejos saludables

- **Protéjase contra la influenza y la neumonía.** Vacúnese anualmente contra la neumonía y la influenza.
- **Evite los analgésicos antiinflamatorios sin esteroides (NSAID, por sus siglas en inglés),** por ejemplo: ibuprofeno, Motrin y Aleve. Estos analgésicos pueden hacer que sus riñones trabajen más y aumentar la retención de líquidos. No los tome sin consultar a su proveedor de cuidados de la salud.
- **Si consume tabaco, ¡DÉJELO!** El consumo del tabaco puede aumentar la velocidad de progresión de la enfermedad cardíaca y hacer que su corazón se esfuerce más. Pídale a su proveedor de cuidados de la salud recursos para dejar el tabaco, tales como el folleto de Intermountain *Dejar el tabaco: Su viaje a la libertad*.
- **Evite las drogas ilícitas y restrinja su consumo de alcohol.** Estas sustancias pueden dañar un corazón ya enfermo. Si bebe alcohol, limite su ingesta a una cerveza, un cóctel o una copa de vino por día.



Plan de acción para insuficiencia cardíaca

Para ayudarle a controlar sus síntomas de insuficiencia cardíaca y prevenir que su condición empeore, utilice el plan de acción para insuficiencia cardíaca en la siguiente página. Su plan de acción dividirá sus síntomas en tres zonas, dependiendo del grado de severidad:

VERDE

Cuando usted se encuentra en la zona verde, quiere decir que sus síntomas de insuficiencia cardíaca están estables, bajo control y no interfieren con sus actividades diarias. Seguir el plan de MAPAS diariamente le ayudará a mantenerse en esta zona verde.

AMARILLO

Cuando usted se encuentra en la zona amarilla, quiere decir que sus síntomas de insuficiencia cardíaca están empeorando. Llame a su médico para que le indique los pasos a seguir para evitar que sus síntomas empeoren. Continúe siguiendo el plan de MAPAS.

ROJO

Cuando usted se encuentra en la zona roja sus síntomas de insuficiencia cardíaca son severos y su salud corre peligro. Llame a su proveedor de cuidados de la salud o busque atención de emergencia inmediatamente.



Así como los colores del semáforo le indican al chofer lo que debe hacer, estas zonas de color en su Plan de Acción le indican los pasos a seguir para controlar la insuficiencia cardíaca.

Plan de acción para insuficiencia cardíaca

<ul style="list-style-type: none">■ Se siente bien■ Respira normalmente■ Su peso no ha variado■ Sus síntomas están estables	 <p>ADELANTE <i>mantenimiento</i></p>	<p>¡Muy buen trabajo!</p> <p>¡Continúe con el plan de MAPAS diariamente!</p>
<ul style="list-style-type: none">■ No se siente bien■ Su peso aumentó 2 libras en un día o 5 libras sobre su peso óptimo■ Tiene hinchazón notable o una sensación de inflamación■ Dificultad para respirar cuando hace alguna actividad, y por la noche■ Sus síntomas están empeorando	 <p>PRECAUCIÓN <i>acelerar la terapia</i></p>	<p>Llame a su médico para evitar que sus síntomas empeoren.</p> <p>Instrucciones del médico:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none">■ Mucha dificultad para respirar y sensación de presión en el pecho al estar en reposo■ Su peso aumentó más de 5 libras en un día■ Sufrió un desmayo■ Sus síntomas son severos	 <p>¡DETÉNGASE! <i>busque ayuda ya mismo!</i></p>	<p>Llame a su proveedor de cuidados de la salud o vaya directamente a la sala de urgencias. NO intente tratar el problema usted mismo.</p> <p>Teléfono del médico: _____</p> <p>Teléfono de emergencias: 911</p>

Recursos

PÁGINAS ELECTRÓNICAS

(Algunos recursos son bilingües)

Intermountain Healthcare

[intermountainhealthcare.org/
heartfailure](http://intermountainhealthcare.org/heartfailure)

[intermountainhealthcare.org/
hearttransplant](http://intermountainhealthcare.org/hearttransplant)

American Association of Heart Failure Nurses (AAHFN)

aahfn.org

American Heart Association

hearthub.org

Heart Failure Society of America

abouthf.org

National Heart, Lung, and Blood Institute

nhlbi.nih.gov

LIBROS

(Disponible solamente en inglés)

100 Questions and Answers about Congestive Heart Failure

Campion Quinn, MD

Jones and Barlett Publishers, Inc; 2006

American Heart Association Low-Salt Cookbook, 3rd Edition: A Complete Guide to Reducing Sodium and Fat in Your Diet

American Heart Association

Clarkson Potter Publisher; 2007

Success with Heart Failure: Help and Hope for Those with Congestive Heart Failure

Marc A. Silver, MD

Da Capo Press; 2006

Instrucciones de seguimiento

1 Al principio de un nuevo mes anote su peso óptimo y el mes en la parte superior de la página.

2 Escriba el día del mes en el recuadro en cada casilla.

3 Marque el color de la zona en la que se encuentra diariamente.

Mon	
23	peso: 146
✓	HR: 79
○	BP: 120/80

4 Anote su peso cada día.

5 Registre su frecuencia cardíaca.

6 Registre su presión arterial.

Para obtener asistencia sobre cómo tomarse la presión arterial y la frecuencia cardíaca, consulte el folleto de Intermountain Registro de la presión arterial.































































Llame a su médico si su peso aumenta más de 2 libras en un día o 5 libras sobre su peso óptimo.

Recuerde seguir su plan **MAPAS a diario!**

Mi peso óptimo: _____

Mes: _____

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>



Notas y preguntas:

Mis responsabilidades con el plan MAPAS. Marque una o dos casillas. Por cada casilla que haya marcado, escriba algo que hará para mejorar su estado de salud.

- Tomar mis **Medicamentos** (Ejemplo: pedir más antes de que se me terminen)

- Mantenerme **Activo** (Ejemplo: caminar de 10 a 20 minutos todos los días)

- Pesarme** (Ejemplo: anotar el peso en un diario y observar las tendencias)





























































- Seguir mi plan de **Alimentación** (Ejemplo: averiguar la cantidad de sal que contengan los alimentos que coma)

- Reconocer mis **Síntomas** (Ejemplo: observar los patrones respiratorios al realizar actividades físicas)

VIERNES		SÁBADO	
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____

Mi peso óptimo: _____

Mes: _____

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>



Notas y preguntas:

Mis responsabilidades con el plan MAPAS. Marque una o dos casillas. Por cada casilla que haya marcado, escriba algo que hará para mejorar su estado de salud.

- Tomar mis **Medicamentos** (Ejemplo: pedir más antes de que se me terminen)

- Mantenerme **Activo** (Ejemplo: caminar de 10 a 20 minutos todos los días)

- Pesarme** (Ejemplo: anotar el peso en un diario y observar las tendencias)





























































- Seguir mi plan de **Alimentación** (Ejemplo: averiguar la cantidad de sal que contengan los alimentos que coma)

- Reconocer mis **Síntomas** (Ejemplo: observar los patrones respiratorios al realizar actividades físicas)

VIERNES		SÁBADO	
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/_____	_____/_____	_____/_____	_____/_____
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/_____	_____/_____	_____/_____	_____/_____
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/_____	_____/_____	_____/_____	_____/_____
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/_____	_____/_____	_____/_____	_____/_____

Mi peso óptimo: _____

Mes: _____

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>



Notas y preguntas:

Mis responsabilidades con el plan MAPAS. Marque una o dos casillas. Por cada casilla que haya marcado, escriba algo que hará para mejorar su estado de salud.

- Tomar mis **Medicamentos** (Ejemplo: pedir más antes de que se me terminen)

- Mantenerme **Activo** (Ejemplo: caminar de 10 a 20 minutos todos los días)

- Pesarme** (Ejemplo: anotar el peso en un diario y observar las tendencias)





























































- Seguir mi plan de **Alimentación** (Ejemplo: averiguar la cantidad de sal que contengan los alimentos que coma)

- Reconocer mis **Síntomas** (Ejemplo: observar los patrones respiratorios al realizar actividades físicas)

VIERNES		SÁBADO	
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/____	_____/____	_____/____	_____/____
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/____	_____/____	_____/____	_____/____
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/____	_____/____	_____/____	_____/____
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/____	_____/____	_____/____	_____/____

Mi peso óptimo: _____

Mes: _____

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>



Notas y preguntas:





























































VIERNES		SÁBADO	
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/_____	_____/_____	_____/_____	_____/_____
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/_____	_____/_____	_____/_____	_____/_____
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/_____	_____/_____	_____/_____	_____/_____
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/_____	_____/_____	_____/_____	_____/_____

Mis responsabilidades con el plan MAPAS. Marque una o dos casillas. Por cada casilla que haya marcado, escriba algo que hará para mejorar su estado de salud.

- Tomar mis **Medicamentos** (Ejemplo: pedir más antes de que se me terminen)
- Mantenerme **Activo** (Ejemplo: caminar de 10 a 20 minutos todos los días)
- Pesarme** (Ejemplo: anotar el peso en un diario y observar las tendencias)
- Seguir mi plan de **Alimentación** (Ejemplo: averiguar la cantidad de sal que contengan los alimentos que coma)
- Reconocer mis **Síntomas** (Ejemplo: observar los patrones respiratorios al realizar actividades físicas)

Mi peso óptimo: _____

Mes: _____

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>



Notas y preguntas:

Mis responsabilidades con el plan MAPAS. Marque una o dos casillas. Por cada casilla que haya marcado, escriba algo que hará para mejorar su estado de salud.

- Tomar mis **Medicamentos** (Ejemplo: pedir más antes de que se me terminen)

- Mantenerme **Activo** (Ejemplo: caminar de 10 a 20 minutos todos los días)

- Pesarme** (Ejemplo: anotar el peso en un diario y observar las tendencias)





























































- Seguir mi plan de **Alimentación** (Ejemplo: averiguar la cantidad de sal que contengan los alimentos que coma)

- Reconocer mis **Síntomas** (Ejemplo: observar los patrones respiratorios al realizar actividades físicas)

VIERNES		SÁBADO	
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____

Mi peso óptimo: _____

Mes: _____

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>
<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>	<p>Peso: _____</p> <p> HR: _____</p> <p> BP: _____</p> <p> _____ / _____</p>



Notas y preguntas:

Mis responsabilidades con el plan MAPAS. Marque una o dos casillas. Por cada casilla que haya marcado, escriba algo que hará para mejorar su estado de salud.

- Tomar mis **Medicamentos** (Ejemplo: pedir más antes de que se me terminen)

- Mantenerme **Activo** (Ejemplo: caminar de 10 a 20 minutos todos los días)

- Pesarme** (Ejemplo: anotar el peso en un diario y observar las tendencias)

- Seguir mi plan de **Alimentación** (Ejemplo: averiguar la cantidad de sal que contengan los alimentos que coma)

- Reconocer mis **Síntomas** (Ejemplo: observar los patrones respiratorios al realizar actividades físicas)

VIERNES		SÁBADO	
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
HR: _____	HR: _____	HR: _____	HR: _____
BP: _____	BP: _____	BP: _____	BP: _____
_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____	_____/_____ _____

M

Tome sus **MEDICAMENTOS**

A

Manténgase **ACTIVO**
todos los días

P

PÉSESE
TODOS LOS DÍAS

A

Consuma Alimentos
BALANCEADOS

S

Aprenda a reconocer sus
SÍNTOMAS

Para encontrar recursos, visite:
intermountainhealthcare.org/heartfailure

Intermountain Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Se proveen servicios de interpretación gratuitos. Hable con un empleado para solicitarlo.

©2001 - 2019 INTERMOUNTAIN HEALTHCARE. Todos los derechos reservados. MAWDS® es una marca registrada de Intermountain Healthcare (Intermountain) y no puede ser utilizado sin la autorización de Intermountain. El contenido del presente folleto tiene solamente fines informativos. No sustituye los consejos profesionales de un médico; tampoco debe utilizarse para diagnosticar o tratar un problema médico o enfermedad. Si tiene cualquier duda o inquietud, no dude en consultar a su proveedor de atención médica. Puede obtener más información en intermountainhealthcare.org/heartfailure. Patient and Provider Publications HF0015-11/19 (Spanish translation 11/19 by inWhatLanguage)

