

→ SEGUIMIENTO



FECHA

--	--	--	--	--	--	--	--

HE SEGUIDO LAS RECOMENDACIONES SOBRE:

- **Dieta:** (sí/no/a medias) _____
- **Ingesta de líquidos:**..... (sí/no) _____
- **Ejercicio:** (minutos realizados al día) _____

MIS CONTROLES:

- **Tensión arterial máxima** _____
- **Tensión arterial mínima** _____
- **Pulso** _____
- **Peso:**..... kg _____
- **Orina:** (más/menos/igual) _____
- **Glucosa en sangre** _____
- **Fiebre (temperatura):** (sí/no) _____

→ SEGUIMIENTO



FECHA

--	--	--	--	--	--	--

HE SENTIDO:

- Más **tos** de lo habitual: (sí/no)

- Más **flemas**: (sí/no)

- Mis **flemas son de color**:
(blanco/amarillo...)

- Sensación de **falta de aire**: (sí/no)

- **Hinchazón** de pies: (más/menos/igual)

HE TENIDO:

- **Mareo**: (sí/no)

- **Diarrea**: (sí/no)

- **Vómitos**: (sí/no)

He subido la **dosis de diurético**: (sí/no)

COSAS PARA COMENTAR:
