

# → 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:

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

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