

# Heart Valve Voice

## Diario de mis síntomas

El diario de los síntomas ayuda a quienes creen tener la enfermedad valvular cardíaca a llevar el registro de sus síntomas para que después hablen con un médico.

Este diario de dos semanas le ayuda a vigilar sus síntomas de forma fácil y rápida.

Es útil notificarle sus síntomas, su frecuencia y gravedad a su doctor para que él o ella puedan evaluar la causa y la gravedad de los mismos.

**RECUERDE:** Los síntomas de la enfermedad de las válvulas cardíacas pueden ser similares a los de otras enfermedades cardíacas o pulmonares.

### DIARIO DE LOS SÍNTOMAS

Para que usted pueda describirle mejor sus síntomas a su doctor y que él o ella hagan una evaluación informada, es importante llevar un registro de sus síntomas.

Hasta dos semanas antes de su cita, imprima este documento y llénelo lo mejor que pueda. La tabla le permite registrar sus síntomas, así como el estrés y otros factores que pueden haberle afectado, ya que ambos son igualmente importantes para averiguar la causa de sus síntomas. Llene tantos días como pueda.

*\*Heart Valve Voice US brinda preguntas y síntomas sugeridos para la enfermedad valvular cardíaca, los cuales sirven de guía a los pacientes para que hablen con su doctor habitual. Este recurso no es de manera alguna concluyente, ni tampoco debe usarse para autodiagnosticar enfermedad valvular cardíaca u otras condiciones.*

# LUNES

Síntomas	Ninguno	Leve	Moderado	Severo
Dificultad para respirar				
Tos				
Dolor en el pecho				
Fatiga				
Cansancio				
Vahídos				
Mareo o vértigo				
Sentirse mayor de lo que es				
Palpitaciones cardíacas				
Latido irregular				
Síntomas adicionales (añada a continuación)				

Factores relacionados con el estilo de vida	Ninguno	Leve	Moderado	Severo
Estrés				
Ansiedad				
Depresión				
Ejercicio o actividad (indique qué actividad hizo hoy, p.e. nadar o caminar)				
Dormir mal o falta de sueño				
Factores adicionales (añada a continuación)				

**Notas adicionales** (p.e. ingesta de líquidos y sólidos, pérdida o ganancia de peso, preocupaciones, etc.)

---



---



---



---

# MARTES

Síntomas	Ninguno	Leve	Moderado	Severo
Dificultad para respirar				
Tos				
Dolor en el pecho				
Fatiga				
Cansancio				
Vahídos				
Mareo o vértigo				
Sentirse mayor de lo que es				
Palpitaciones cardíacas				
Latido irregular				
Síntomas adicionales (añada a continuación)				

Factores relacionados con el estilo de vida	Ninguno	Leve	Moderado	Severo
Estrés				
Ansiedad				
Depresión				
Ejercicio o actividad (indique qué actividad hizo hoy, p.e. nadar o caminar)				
Dormir mal o falta de sueño				
Factores adicionales (añada a continuación)				

**Notas adicionales** (p.e. ingesta de líquidos y sólidos, pérdida o ganancia de peso, preocupaciones, etc.)

---



---



---



---

# MIERCOLES

Síntomas	Ninguno	Leve	Moderado	Severo
Dificultad para respirar				
Tos				
Dolor en el pecho				
Fatiga				
Cansancio				
Vahídos				
Mareo o vértigo				
Sentirse mayor de lo que es				
Palpitaciones cardíacas				
Latido irregular				
Síntomas adicionales (añada a continuación)				

Factores relacionados con el estilo de vida	Ninguno	Leve	Moderado	Severo
Estrés				
Ansiedad				
Depresión				
Ejercicio o actividad (indique qué actividad hizo hoy, p.e. nadar o caminar)				
Dormir mal o falta de sueño				
Factores adicionales (añada a continuación)				

**Notas adicionales** (p.e. ingesta de líquidos y sólidos, pérdida o ganancia de peso, preocupaciones, etc.)

---



---



---



---

# JUEVES

Síntomas	Ninguno	Leve	Moderado	Severo
Dificultad para respirar				
Tos				
Dolor en el pecho				
Fatiga				
Cansancio				
Vahídos				
Mareo o vértigo				
Sentirse mayor de lo que es				
Palpitaciones cardíacas				
Latido irregular				
Síntomas adicionales (añada a continuación)				

Factores relacionados con el estilo de vida	Ninguno	Leve	Moderado	Severo
Estrés				
Ansiedad				
Depresión				
Ejercicio o actividad (indique qué actividad hizo hoy, p.e. nadar o caminar)				
Dormir mal o falta de sueño				
Factores adicionales (añada a continuación)				

**Notas adicionales** (p.e. ingesta de líquidos y sólidos, pérdida o ganancia de peso, preocupaciones, etc.)

---



---



---



---

# VIERNES

Síntomas	Ninguno	Leve	Moderado	Severo
Dificultad para respirar				
Tos				
Dolor en el pecho				
Fatiga				
Cansancio				
Vahídos				
Mareo o vértigo				
Sentirse mayor de lo que es				
Palpitaciones cardíacas				
Latido irregular				
Síntomas adicionales (añada a continuación)				

Factores relacionados con el estilo de vida	Ninguno	Leve	Moderado	Severo
Estrés				
Ansiedad				
Depresión				
Ejercicio o actividad (indique qué actividad hizo hoy, p.e. nadar o caminar)				
Dormir mal o falta de sueño				
Factores adicionales (añada a continuación)				

**Notas adicionales** (p.e. ingesta de líquidos y sólidos, pérdida o ganancia de peso, preocupaciones, etc.)

---



---



---



---

# SABADO

Síntomas	Ninguno	Leve	Moderado	Severo
Dificultad para respirar				
Tos				
Dolor en el pecho				
Fatiga				
Cansancio				
Vahídos				
Mareo o vértigo				
Sentirse mayor de lo que es				
Palpitaciones cardíacas				
Latido irregular				
Síntomas adicionales (añada a continuación)				

Factores relacionados con el estilo de vida	Ninguno	Leve	Moderado	Severo
Estrés				
Ansiedad				
Depresión				
Ejercicio o actividad (indique qué actividad hizo hoy, p.e. nadar o caminar)				
Dormir mal o falta de sueño				
Factores adicionales (añada a continuación)				

**Notas adicionales** (p.e. ingesta de líquidos y sólidos, pérdida o ganancia de peso, preocupaciones, etc.)

---



---



---



---

# DOMINGO

Síntomas	Ninguno	Leve	Moderado	Severo
Dificultad para respirar				
Tos				
Dolor en el pecho				
Fatiga				
Cansancio				
Vahídos				
Mareo o vértigo				
Sentirse mayor de lo que es				
Palpitaciones cardíacas				
Latido irregular				
Síntomas adicionales (añada a continuación)				

Factores relacionados con el estilo de vida	Ninguno	Leve	Moderado	Severo
Estrés				
Ansiedad				
Depresión				
Ejercicio o actividad (indique qué actividad hizo hoy, p.e. nadar o caminar)				
Dormir mal o falta de sueño				
Factores adicionales (añada a continuación)				

**Notas adicionales** (p.e. ingesta de líquidos y sólidos, pérdida o ganancia de peso, preocupaciones, etc.)

---



---



---



---