

# Su registro de síntomas de estenosis aórtica

Escuche a su corazón.  
Reconozca los signos.



Junto con su médico, lleve un seguimiento de su salud cardíaca para hacer frente a la estenosis aórtica.



Edwards

**Su registro de síntomas de estenosis aórtica se ha desarrollado para ayudarle a controlar y registrar sus síntomas. Saber cómo la estenosis aórtica le afecta a usted y a su estilo de vida, puede ayudar a su médico a evaluar más fácilmente la causa, la gravedad y la evolución de la afección.**

## Reconozca los signos.

La estenosis aórtica tiene los siguientes síntomas:<sup>(1)</sup>

				
Dolor torácico (angina) u opresión en el pecho	Latidos rápidos y aleteo	Dificultad para respirar o falta de aliento	Mareos o desvanecimientos	Hinchazón de tobillos o pies

Los síntomas de la estenosis aórtica se suelen descartar como signos típicos del envejecimiento y puede ser difícil diferenciarlos sin una estrecha monitorización.<sup>(1)</sup> Corre un mayor riesgo<sup>(1)</sup> con estenosis aórtica grave sintomática, por lo que es fundamental conocer su salud cardíaca e informar al médico si su estado empeora.

<sup>(1)</sup>Carabelle BA. Introduction to aortic stenosis. Circ Res 2013;113:179–85.

# Como usar este registro de sistemas

1. La primera vez que utilice este registro, es posible que desee escribir algunas frases en la página siguiente, que le ayuden a describir cómo siente que su estenosis aórtica afecta su vida.
2. A partir del día 1, por favor escriba la fecha de hoy en la primera fila de la parte superior de la hoja.
3. En cada fila de las tablas (por ejemplo, dolor de pecho) ponga una señal en el cuadro que refleje su estado.
4. Escriba algunas frases al final del día para reflejar cualquier síntoma o actividad que sintió y que se vio más afectado que de costumbre.
5. Es posible que desee configurar una alarma en su teléfono o en otro dispositivo (por ejemplo, 7:00 p.m. después de la cena) para recordarle, que debe completar su registro cada día.
6. Intente completar al menos 14 días del registro, para que su médico pueda tener una imagen más completa de sus síntomas.
7. Lleve consigo el registro a su próxima cita con el médico. También puede usarlo junto con la guía de temas que tratar con el médico, disponible en [NewHeartValve.com](http://NewHeartValve.com), para ayudarle a hablar con su médico sobre la estenosis aórtica.

La estenosis aórtica afecta mi vida cuando:

Type here

Entre las actividades que disfruto, pero ya no, se incluyen:

Type here

Entre las actividades que me gustaría hacer nuevamente se incluyen:

Type here



**Día 1** Fecha

Síntomas	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dolor torácico (angina) u opresión en el pecho	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Latidos rápidos y aleteo (palpitaciones)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para respirar o falta de aliento, sobre todo durante la actividad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Mareos o desvanecimientos cuando está cansado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Hinchazón de tobillos o pies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Aspectos del estilo de vida	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dificultad para caminar distancias cortas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para dormir o necesidad de dormir sentado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sedentarismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Estrés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Otros cambios de hoy**

Type here



**Día 2** Fecha

Síntomas	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dolor torácico (angina) u opresión en el pecho	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Latidos rápidos y aleteo (palpitaciones)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para respirar o falta de aliento, sobre todo durante la actividad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Mareos o desvanecimientos cuando está cansado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Hinchazón de tobillos o pies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Aspectos del estilo de vida	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dificultad para caminar distancias cortas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para dormir o necesidad de dormir sentado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sedentarismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Estrés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Otros cambios de hoy**

Type here



**Día 3** Fecha

Síntomas	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dolor torácico (angina) u opresión en el pecho	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Latidos rápidos y aleteo (palpitaciones)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para respirar o falta de aliento, sobre todo durante la actividad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Mareos o desvanecimientos cuando está cansado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Hinchazón de tobillos o pies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Aspectos del estilo de vida	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dificultad para caminar distancias cortas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para dormir o necesidad de dormir sentado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sedentarismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Estrés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Otros cambios de hoy**

Type here



**Día 4** Fecha

Síntomas	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dolor torácico (angina) u opresión en el pecho	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Latidos rápidos y aleteo (palpitaciones)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para respirar o falta de aliento, sobre todo durante la actividad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Mareos o desvanecimientos cuando está cansado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Hinchazón de tobillos o pies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Aspectos del estilo de vida	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dificultad para caminar distancias cortas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para dormir o necesidad de dormir sentado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sedentarismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Estrés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Otros cambios de hoy**

Type here



**Día 5** Fecha

Síntomas	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dolor torácico (angina) u opresión en el pecho	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Latidos rápidos y aleteo (palpitaciones)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para respirar o falta de aliento, sobre todo durante la actividad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Mareos o desvanecimientos cuando está cansado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Hinchazón de tobillos o pies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Aspectos del estilo de vida	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dificultad para caminar distancias cortas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para dormir o necesidad de dormir sentado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sedentarismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Estrés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Otros cambios de hoy**

Type here



**Día 6** Fecha

Síntomas	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dolor torácico (angina) u opresión en el pecho	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Latidos rápidos y aleteo (palpitaciones)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para respirar o falta de aliento, sobre todo durante la actividad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Mareos o desvanecimientos cuando está cansado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Hinchazón de tobillos o pies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Aspectos del estilo de vida	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dificultad para caminar distancias cortas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para dormir o necesidad de dormir sentado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sedentarismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Estrés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Otros cambios de hoy**

Type here



**Día 7** Fecha

Síntomas	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dolor torácico (angina) u opresión en el pecho	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Latidos rápidos y aleteo (palpitaciones)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para respirar o falta de aliento, sobre todo durante la actividad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Mareos o desvanecimientos cuando está cansado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Hinchazón de tobillos o pies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Aspectos del estilo de vida	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dificultad para caminar distancias cortas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para dormir o necesidad de dormir sentado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sedentarismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Estrés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Otros cambios de hoy**

Type here

Síntomas que han empeorado esta semana:

Type here

Aspectos del estilo de vida que han empeorado esta semana:

Type here

Otros cambios que me han afectado esta semana:

Type here



**Día 8** Fecha

Síntomas	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dolor torácico (angina) u opresión en el pecho	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Latidos rápidos y aleteo (palpitaciones)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para respirar o falta de aliento, sobre todo durante la actividad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Mareos o desvanecimientos cuando está cansado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Hinchazón de tobillos o pies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Aspectos del estilo de vida	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dificultad para caminar distancias cortas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para dormir o necesidad de dormir sentado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sedentarismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Estrés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Otros cambios de hoy**

Type here



**Día 9** Fecha

Síntomas	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dolor torácico (angina) u opresión en el pecho	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Latidos rápidos y aleteo (palpitaciones)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para respirar o falta de aliento, sobre todo durante la actividad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Mareos o desvanecimientos cuando está cansado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Hinchazón de tobillos o pies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Aspectos del estilo de vida	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dificultad para caminar distancias cortas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para dormir o necesidad de dormir sentado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sedentarismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Estrés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Otros cambios de hoy**

Type here



**Día 10** Fecha

Síntomas	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dolor torácico (angina) u opresión en el pecho	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Latidos rápidos y aleteo (palpitaciones)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para respirar o falta de aliento, sobre todo durante la actividad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Mareos o desvanecimientos cuando está cansado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Hinchazón de tobillos o pies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Aspectos del estilo de vida	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dificultad para caminar distancias cortas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para dormir o necesidad de dormir sentado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sedentarismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Estrés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Otros cambios de hoy**

Type here



**Día 11** Fecha

Síntomas	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dolor torácico (angina) u opresión en el pecho	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Latidos rápidos y aleteo (palpitaciones)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para respirar o falta de aliento, sobre todo durante la actividad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Mareos o desvanecimientos cuando está cansado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Hinchazón de tobillos o pies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Aspectos del estilo de vida	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dificultad para caminar distancias cortas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para dormir o necesidad de dormir sentado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sedentarismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Estrés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Otros cambios de hoy**

Type here



**Día 12** Fecha

Síntomas	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dolor torácico (angina) u opresión en el pecho	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Latidos rápidos y aleteo (palpitaciones)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para respirar o falta de aliento, sobre todo durante la actividad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Mareos o desvanecimientos cuando está cansado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Hinchazón de tobillos o pies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Aspectos del estilo de vida	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dificultad para caminar distancias cortas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para dormir o necesidad de dormir sentado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sedentarismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Estrés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Otros cambios de hoy**

Type here



**Día 13** Fecha

Síntomas	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dolor torácico (angina) u opresión en el pecho	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Latidos rápidos y aleteo (palpitaciones)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para respirar o falta de aliento, sobre todo durante la actividad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Mareos o desvanecimientos cuando está cansado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Hinchazón de tobillos o pies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Aspectos del estilo de vida	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dificultad para caminar distancias cortas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para dormir o necesidad de dormir sentado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sedentarismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Estrés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Otros cambios de hoy**

Type here



**Día 14** Fecha

Síntomas	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dolor torácico (angina) u opresión en el pecho	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Latidos rápidos y aleteo (palpitaciones)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para respirar o falta de aliento, sobre todo durante la actividad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Mareos o desvanecimientos cuando está cansado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Hinchazón de tobillos o pies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Aspectos del estilo de vida	Ninguno	Leve	Mod.	Grave
 Dificultad para caminar distancias cortas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Dificultad para dormir o necesidad de dormir sentado/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sedentarismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Estrés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Otros cambios de hoy**

Type here

Síntomas que han empeorado esta semana:

Type here

Aspectos del estilo de vida que han empeorado esta semana:

Type here

Otros cambios que me han afectado esta semana:

Type here

Notas

Type here

Notas

Type here

Edwards, Edwards Lifesciences y el logotipo estilizado de la E son marcas comerciales o marcas de servicio de Edwards Lifesciences Corporation o sus filiales. Las demás marcas comerciales pertenecen a sus respectivos propietarios.

© 2020 Edwards Lifesciences Corporation. Reservados todos los derechos.  
NP--EU-0224 v1.0

**Edwards Lifesciences** • Route de l'Etraz 70, 1260 Nyon, Suiza • [edwards.com](https://www.edwards.com)



**Edwards**