

## Registro de los síntomas y cómo la CMH afecta su vida

Tendrá visitas periódicas con su cardiólogo y expertos en cardiomiopatía hipertrófica (CMH) para que evalúen cómo se encuentra y si es necesario cambiar alguno de sus tratamientos.

Utilice esta hoja de trabajo entre una visita y otra para ayudar a llevar un registro de cómo se siente, sus síntomas y cómo la CMH esta limita su capacidad para realizar determinadas actividades. Lleve este registro y una copia de su lista actual de medicamentos a cada visita.

Fecha: \_\_\_\_\_

Desde mi última visita, en general me siento:

- Mejor
- Peor
- Igual
- Diferente; ¿de qué manera(s)? \_\_\_\_\_

En general, he tenido más días **buenos** / **malos** / **peores**. (Haga un círculo en su opción)

Así es como lo explicaría:

 Un buen día con CMH	 Un mal día con CMH	 Mi peor día con CMH

## ¿Ha tenido algo de lo siguiente?

### Hospitalizaciones

- Sí (en caso afirmativo, ¿cuándo y por qué razón? \_\_\_\_\_ )
- No

### Caídas

- Sí (en caso afirmativo, ¿cuándo y qué sucedió? \_\_\_\_\_ )
- No

## Síntomas

Desde mi última cita, siento o he tenido:

	Nunca	Parte del tiempo	Con frecuencia	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo	¿Qué estaba haciendo en ese momento?
Dolor u opresión en el pecho, especialmente al hacer ejercicio						
Dolor o presión en el pecho en reposo						
Falta de aire al respirar						
Mareo						
Desmayo						
Sensación de desmayo						
Palpitaciones o latidos fuertes o irregulares						
Hinchazón en pies, tobillos, piernas o estómago						
Sentirse muy cansado						
Otro:						

## Desencadenantes

Muchas personas con CMH han aprendido con el tiempo qué puede desencadenar síntomas o hacer que no se sientan bien en general. Por ejemplo, si comen mucho, no toman sus medicamentos, pasan demasiado tiempo en el calor o se esfuerzan demasiado.

Piense en los posibles factores desencadenantes y lo que puede hacer para evitarlos.

Qué me hace sentir peor	Cómo evitar o limitar estas cosas/situaciones

## Formas en que la CMH limita sus actividades

Desde mi última visita, he notado que la CMH limita estas actividades o aspectos de mi vida diaria:

	Nunca	Parte del tiempo	Con frecuencia	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
Trabajar (cumplir con las responsabilidades laborales)					
Poder hacer ejercicio					
Caminar					
Hacer labores domésticas					
Cuidar o jugar con hijos/nietos					
Pasatiempos, actividades recreativas					
Tener vida social					
Mantenerse emocionalmente saludable					
Dormir					
Las relaciones familiares se sienten tensas					
Tener intimidad					
Planear viajes					
Conducir un vehículo					
Otro:					

## Salud emocional/mental

En una escala del 0 al 10, ¿cuánto estrés o ansiedad he sentido?

*Ningún estrés ni ansiedad*

*Nunca he tenido tanto estrés o tanta ansiedad*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

En una escala del 0 al 10, ¿qué tan triste o deprimido me he sentido?

*Para nada triste*

*La peor tristeza que he sentido, nada me alegra*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

¿Cree que le vendría bien tener más apoyo para su salud emocional/mental?

- Sí
- No
- No lo he pensado

¿Quién o qué actividades le ayudan a sobrellevar la situación o a levantarle el ánimo?

---

---

---

¿Hay algo más que le preocupe y que quisiera recordar para hablarlo?

---

---

---