

Ficha de Control Diario - Consulta de Nefrología

Nombre: _____ Tlf _____ N° Historia _____

Día: _____ / _____ / 20____

- | | | |
|--------------------------|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | ¿Me he tomado la tensión por la mañana? | Valor: _____ mmHg |
| <input type="checkbox"/> | ¿Me he tomado la tensión por la noche? | Valor: _____ mmHg |
| <input type="checkbox"/> | ¿He notado mareos, dolor de cabeza o visión borrosa? | Sí / No |
| <input type="checkbox"/> | ¿Me he pesado por la mañana? | Peso: _____ kg |
| <input type="checkbox"/> | ¿He notado hinchazón (pies, abdomen, etc.)? | Sí / No |
| <input type="checkbox"/> | ¿He orinado normalmente durante el día? | Sí / No |
| <input type="checkbox"/> | ¿Color y olor normales al orinar? | Sí / No |
| <input type="checkbox"/> | ¿He controlado cuánto líquido he bebido? | Litros: _____ L |
| <input type="checkbox"/> | ¿He seguido la dieta recomendada? | Sí / No |
| <input type="checkbox"/> | ¿He tomado toda mi medicación? | Sí / No |
| <input type="checkbox"/> | ¿Me siento bien en general hoy? | Sí / No |

Observaciones del día:

Lleve esta hoja a su próxima consulta. Este registro ayuda a su enfermera y médico a valorar mejor su estado de salud.