



Mi diario del TNE

Día 1

Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible

desencadenante:



Posible

desencadenante:



Posible

desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Mi semana/Mes

DD MM AAAA – DD MM AAAA

☐ Semana

☐ Mes

Mis síntomas

Síntomas más frecuentes:

-----     

-----     

Posible desencadenante: -----

Posible desencadenante: -----

Comentarios:

Mi medicamento

☐ Nuevo medicamento/ Medicamento suspendido (*Nombre del med.*):

☐ Cambio en la dosificación (*Nombre del med.*):

☐ Cambio en los eventos adversos:

Comentarios:

Mi estado de ánimo

    

Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

Mi nutrición

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Mi semana/Mes

DD MM AAAA – DD MM AAAA

☐ Semana

☐ Mes

Mis síntomas

Síntomas más frecuentes:

-----     

-----     

Posible desencadenante: -----

Posible desencadenante: -----

Comentarios:

Mi medicamento

☐ Nuevo medicamento/ Medicamento suspendido (*Nombre del med.*):

☐ Cambio en la dosificación (*Nombre del med.*):

☐ Cambio en los eventos adversos:

Comentarios:

Mi estado de ánimo

    

Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

Mi nutrición

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:



Hora	Alimentos (Cantidad)	Bebidas (Cantidad)	Síntomas/Reacciones
Comentarios:			

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Mi semana/Mes

DD MM AAAA – DD MM AAAA

☐ Semana

☐ Mes

Mis síntomas

Síntomas más frecuentes:

-----     

-----     

Posible desencadenante: -----

Posible desencadenante: -----

Comentarios:

Mi medicamento

☐ Nuevo medicamento/ Medicamento suspendido (*Nombre del med.*):

☐ Cambio en la dosificación (*Nombre del med.*):

☐ Cambio en los eventos adversos:

Comentarios:

Mi estado de ánimo

    

Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

Mi nutrición

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Fecha:

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Mis síntomas

¿Ha experimentado algún síntoma hoy?

En caso afirmativo, ¿qué síntomas experimentó? (p. ej., diarrea, náuseas, estreñimiento, etc.)



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:



Posible desencadenante:

Comentarios:

Mi medicamento

Hora	Medicamentos/ suplementos	Dosis	Eventos adversos

Comentarios:

Mi estado de ánimo



Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

[illegible]

Mis notas del día

Comentarios:



Mi semana/Mes

DD MM AAAA – DD MM AAAA

☐ Semana

☐ Mes

Mis síntomas

Síntomas más frecuentes:

-----     

-----     

Posible desencadenante: -----

Posible desencadenante: -----

Comentarios:

Mi medicamento

☐ Nuevo medicamento/ Medicamento suspendido (*Nombre del med.*):

☐ Cambio en la dosificación (*Nombre del med.*):

☐ Cambio en los eventos adversos:

Comentarios:

Mi estado de ánimo

    

Comentarios:

Mi actividad física

Comentarios:

Mi nutrición

Comentarios: