



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:



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:



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:



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:



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:



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:



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:



Mi semana/Mes

DD MM AAAAA – DD MM AAAAA

Semana

Mes

Mis síntomas

Síntomas más frecuentes:



Possible desencadenante: -----



Possible 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:



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:



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:



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:



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:



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:



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:



Mi semana/Mes

DD MM AAAA – DD MM AAAA

Semana

Mes

Mis síntomas

Síntomas más frecuentes:



Possible desencadenante: -----



Possible 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:



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:



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:



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:



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:



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:



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:



Mi semana/Mes

DD MM AAAAA – DD MM AAAAA

Semana

Mes

Mis síntomas

Síntomas más frecuentes:



Possible desencadenante: _____



Possible 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:



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:



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:



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:



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:



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:



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:



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: