

Diario de control de Síntomas

Cómo completar el block de seguimiento

1. Escribí la fecha

2. Marcá con un círculo la cantidad de líquido que tomaste en el día

 = 1 vaso 250 ml

3. Marcá con una X cómo te sentís





 = Me siento bien





 = No me siento del todo bien





 = Me siento mal





4. Anotá el peso que marca la balanza, la presión arterial y tus pulsaciones





Ejemplo





Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
18/08	0 	15.0	80
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	   <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8	100





Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
	
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
	
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
	
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
	
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
	
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
	
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	  
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
	
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	  
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
	
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	  
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
	
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	  
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
	
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	  
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
	
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	  
	<input data-bbox="443 495 480 533" type="checkbox"/> <input data-bbox="501 495 537 533" type="checkbox"/> <input data-bbox="558 495 595 533" type="checkbox"/>





Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
	
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	  
	<input data-bbox="443 869 480 907" type="checkbox"/> <input data-bbox="501 869 537 907" type="checkbox"/> <input data-bbox="558 869 595 907" type="checkbox"/>





Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
	
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	  
	<input data-bbox="443 1240 480 1279" type="checkbox"/> <input data-bbox="501 1240 537 1279" type="checkbox"/> <input data-bbox="558 1240 595 1279" type="checkbox"/>





Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
	
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	  
	<input data-bbox="443 1615 480 1653" type="checkbox"/> <input data-bbox="501 1615 537 1653" type="checkbox"/> <input data-bbox="558 1615 595 1653" type="checkbox"/>





Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
	
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	  
	<input data-bbox="443 1989 480 2027" type="checkbox"/> <input data-bbox="501 1989 537 2027" type="checkbox"/> <input data-bbox="558 1989 595 2027" type="checkbox"/>

Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
	
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
	
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
	
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
	
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Fecha	Líquidos	Presión arterial máxima	Peso Kg
	
	Me siento	Presión arterial mínima	Pulsaciones
	   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>