

---



# Health Journal

---



Un Diario Guiado de 30 Días



Híbrido

Creado con LoomJournals

---

# Cómo Usar Este Diario

---

¡Bienvenido a tu diario! Aquí tienes algunos consejos para aprovecharlo al máximo:

- 1 Dedicar unos minutos cada día a escribir
- 2 Sé honesto y escribe libremente, sin juzgarte
- 3 Intenta escribir a la misma hora cada día para crear un hábito
- 4 Revisa tus entradas semanalmente para notar patrones

- 
- Fill in the tracker each evening: rate your mood, energy, pain, and stress, log sleep hours and water intake, and check off exercise and medication
  - In the "How I feel today" section, describe your overall physical and mental state in a few sentences
  - Use "Symptoms & changes" to note anything new or ongoing — headaches, digestive issues, skin changes, etc.
  - Write down questions or observations under "Notes for my doctor" so you are prepared for your next appointment
  - Review your entries weekly to identify trends and share relevant pages with your healthcare provider



Escanea para una guía detallada sobre cómo usar este diario

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---

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

Estado de ánimo (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de energía (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Calidad del sueño:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de dolor (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Nivel de estrés (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vasos de agua: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Medicación tomada:



**Notas de salud** *(describe tu estado físico y emocional general: energía, dolores, apetito, cualquier cosa n...)*

---

---

---

---

**Síntomas y cambios** *(síntomas nuevos o continuos, efectos secundarios o cambios que notaste hoy)*

---

---

---

---

**Notas del médico** *(preguntas, preocupaciones u observaciones para tu próxima visita médica)*

---

---

---

---