


Period Journal



Un Diario Guiado de 30 Días



Rastreador

Creado con Loomjournals

Cómo Usar Este Diario

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

1

Dedica 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



Escanea para una guía detallada sobre cómo usar este diario

Period Journal

Fecha: _____

	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
Día del ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Fase del Ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensidad del Flujo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nivel de dolor (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Estado de ánimo (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nivel de energía (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hinchazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notas

Period Journal

Fecha: _____

	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
Día del ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Fase del Ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensidad del Flujo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nivel de dolor (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Estado de ánimo (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nivel de energía (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hinchazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notas

Period Journal

Fecha: _____

	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
Día del ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Fase del Ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensidad del Flujo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nivel de dolor (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Estado de ánimo (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nivel de energía (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hinchazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notas

Period Journal

Fecha: _____

	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
Día del ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Fase del Ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensidad del Flujo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nivel de dolor (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Estado de ánimo (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nivel de energía (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hinchazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notas

Period Journal

Fecha: _____

	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
Día del ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Fase del Ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensidad del Flujo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nivel de dolor (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Estado de ánimo (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nivel de energía (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hinchazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notas
