


Pregnancy 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 your current pregnancy week and weight each day
 - Rate your mood, energy, nausea, and sleep quality
 - Log baby movements, water intake, exercise, and vitamins
 - Mark prenatal appointment days to keep a medical timeline
 - Write freely about your feelings, cravings, and any letters to your baby



Escanea para una guía detallada sobre cómo usar este diario

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...)*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...)*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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)

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

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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)

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

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:



Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...)*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...)*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:



Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:



Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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)

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

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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)

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

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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)

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

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:



Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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)

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

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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)

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

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:



Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:



Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:



Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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)

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

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:



Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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

Nivel de náuseas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:

Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...)*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...)*

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

Fecha: _____

Semana: _____

Peso (kg): _____

Circunferencia del vientre: _____

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)

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

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

Movimientos del bebé: _____

Vasos de agua: _____

Ejercicio:

Vitaminas tomadas:

Cita prenatal:



Reflexión del embarazo *(como te sientes hoy, física y emocionalmente? anota hitos, cambios o momen...*

Antojos y aversiones *(que alimentos se te antojan y cuales te repugnan? algun cambio nuevo en el gust...*

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