


Symptom 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 top tracker section each day — rate your pain, severity, mood, energy, sleep quality, and stress on a 1-10 scale, and check off if you took medication
 - In the Symptom Details section, describe what you felt: the type of sensation, location, when it started, and how long it lasted
 - Use Triggers & Context to note what you were doing, eating, or experiencing before symptoms appeared
 - Log your medications, doses, and what helped or worsened symptoms in the Medication & What Helped section
 - Use Notes for My Doctor to jot down questions, concerns, or observations for your next appointment
 - Review your entries weekly to identify recurring patterns and share them with your healthcare provider



Escanea para una guía detallada sobre cómo usar este diario

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:

Detalles de síntomas *(describe cada sintoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada sintoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezó, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los síntomas...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoró los síntomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada sintoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada sintoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada sintoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada sintoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada sintoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezó, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los síntomas...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los síntomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*

Fecha: _____

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

Gravedad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Calidad del sueño: 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

Medicación tomada:



Detalles de síntomas *(describe cada síntoma: que sientes, donde exactamente, cuando empezo, cuanto...)*

Detonantes y contexto *(que estabas haciendo, comiendo o sintiendo antes de que aparecieran los sinto...)*

Medicación y alivio *(medicamentos tomados (nombre, dosis, hora). que alivio o empeoro los sintomas? c...)*
