

Planea tu día

DD/MM/AAA

Hora del día	Agenda del día	✓	No olvidar hacer hoy
1 am			
2 am			
3 am			
4 am			
5 am			
6 am			
7 am			
8 am			
9 am			
10 am			Mi propósito de hoy
11 am			
12 m			
1 pm			
2 pm			
3 pm			
4 pm			
5 pm			Mi estado de ánimo
6 pm			Al levantarme
7 pm			
8 pm			Durante el día
9 pm			
10 pm			Al acostarme
11 pm			
12 pm			

Tus anotaciones

Dolor

DD/MM/AAA

Severidad del dolor

Hora del día		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Insoportable		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Insoportable		9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Severo		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Severo		7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Moderado		6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Moderado		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Moderado		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Leve		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Leve		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Leve		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
No dolor		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Localización del dolor

¿Cómo se sentía el dolor?
(Ardor, punzón, presión, etc.)

Tratamiento del dolor

Olvidaste tomar algún medicamento

Adicionaste algún medicamento

Tu estrategia para mejorar el dolor

Desenmascarando el dolor

¿Identificaste algún disparador del dolor?

¿El dolor te impidió hacer algo?

Evaluando otros factores

Clima del día

Tu estado de ánimo previo al dolor

Tu estado de ánimo luego del dolor

Tus anotaciones

Fatiga

DD/MM/AAA

Severidad de la fatiga

Hora del día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
La peor fatiga 	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Extrema 	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Extrema 	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Extrema 	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Moderada 	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Moderada 	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Moderada 	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Leve 	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Leve 	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Leve 	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sin fatiga 	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

- Sin fatiga - Capaz de hacer todo tipo de actividad física.
- Fatiga Leve - Capaz de hacer la mayoría de las actividades físicas
- Fatiga Moderada - Capaz de hacer algunas actividades físicas pero requiero descansos entre ellas
- Fatiga Extrema - Incapaz de hacer ninguna actividad física, luchando por caminar o para hacer las actividades diarias como cocinar, arreglar la casa o subir escaleras
- La peor fatiga - Incapaz de hacer ninguna actividad física, pasa mucho tiempo dormida o inactiva

Impacto en tus actividades

Actividad	Nivel de Fatiga

Actividad	Nivel de Fatiga

Desenmascarando la fatiga

¿Identificaste algún disparador de la fatiga?

¿La fatiga te impidió hacer alguna actividad?

Tus anotaciones

Sueño

DD/MM/AAA

Diligenciar en la mañana

¿A qué hora me acosté anoche?	
¿A qué hora me desperté hoy?	
Número de horas que dormí anoche	
¿Cuántas veces me desperté anoche?	
Tiempo total despierta anoche	
¿Cuánto tiempo me tomó dormirme?	

¿Cómo me sentí esta mañana?

Bien despierta	
Despierta pero un poco cansada	
Somnolienta	

Diligenciar en la noche

Hora del día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Bebidas cafeinadas																								
Bebidas con alcohol																								
Siesta																								
Ejercicio																								

Durante el día me sentí

Tan somnolienta que tuve que luchar para mantenerme despierta	
Algo cansada	
Bastante alerta	
Completamente despierta	

Antes de ir a dormir

Una (1) hora antes	
Ví televisión	
Trabajé	
Leí	
Otra Actividad	

Tres (3) horas antes	
Tomé alcohol	
Comí una comida pesada	
Ninguna	

Tus anotaciones

Actividades

DD/MM/AAA

Hora del día	Actividad (Bañarme, Desayunar, ir al trabajo, etc)	Compañía	Cómo te sentiste luego de hacerla	Relacionas la aparición de algún síntoma con esta actividad
1 am				
2 am				
3 am				
4 am				
5 am				
6 am				
7 am				
8 am				
9 am				
10 am				
11 am				
12 m				
1 pm				
2 pm				
3 pm				
4 pm				
5 pm				
6 pm				
7 pm				
8 pm				
9 pm				
10 pm				
11 pm				
12 pm				

Tus anotaciones

Alimentos

DD/MM/AAA

Hora del día	Alimentos y/o bebidas	Lugar/Compañía/ Actividad simultánea	Cómo te sentiste luego de comer	Relacionas la aparición de algún síntoma con esta comida
1 am				
2 am				
3 am				
4 am				
5 am				
6 am				
7 am				
8 am				
9 am				
10 am				
11 am				
12 m				
1 pm				
2 pm				
3 pm				
4 pm				
5 pm				
6 pm				
7 pm				
8 pm				
9 pm				
10 pm				
11 pm				
12 pm				

Tus anotaciones

Blank space for notes.

Otros síntomas

DD/MM/AAA

Hora del día	Síntoma (Anota tantos detalles como te sea posible)
1 am	
2 am	
3 am	
4 am	
5 am	
6 am	
7 am	
8 am	
9 am	
10 am	
11 am	
12 m	
1 pm	
2 pm	
3 pm	
4 pm	
5 pm	
6 pm	
7 pm	
8 pm	
9 pm	
10 pm	
11 pm	
12 pm	

Tus anotaciones

Blank area for notes.

Diario de Gratitud

DD/MM/AAA

Para diligenciar al final del día

Este es un buen momento para agradecer por:

Cinco (5) pequeñas cosas por las que hoy quiero agradecer:

1.

2.

3.

4.

5.

El frasco de la felicidad de hoy:

Mi gran reto de hoy fue:

Mi reto para mañana será.
