

## SEGUIMIENTO DE MIS SÍNTOMAS

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

### Mis actividades habituales

Antes de ir a dormir

---



---



---

Hora de acostarme: \_\_\_\_\_

Horas de sueño: \_\_\_\_\_

Hora de la noche si me levanto para medicación: \_\_\_\_\_

### ACTIVIDADES QUE HE REALIZADO:

---



---



---



---



---

SÍNTOMAS	Mañana	Tarde	Noche
Nivel de Fatiga			
Dolor en articulaciones			
Sequedad de Ojos			
Sequedad de Boca			

Claves:

N = Nada

S = Suave

M = Moderado

SE = Severo

I = Intenso