

HOJA DE REGISTRO DE SÍNTOMAS Y FEM

Nombre: _____

Edad: _____ Hª Clínica: _____ Mes: _____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
700	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N	M/N
675																															
650																															
625																															
600																															
575																															
550																															
525																															
500																															
475																															
450																															
425																															
400																															
375																															
350																															
325																															
300																															
275																															
250																															
225																															
200																															
175																															
150																															
125																															
100																															
75																															
50																															
25																															
0																															

SÍNTOMAS:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Nasales/Oculares																															
Tos																															
Día																															
Noche																															
Pitos																															
Fatiga																															
Ahogo																															
Médicos																															
C. Salud																															
Urgencias																															
Falta al Colegio																															
MEDICACIÓN																															

Valoración de los Síntomas: 0 = No síntomas; 1 = Leves; 2 = Moderados; 3 = Intensos