

# Rastreador de síntomas

Gravedad del síntoma: Sin síntomas = 0 Leve = 1 Moderado = 2 Grave = 3

Síntoma	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	25	26	27	28	29	30	31	
a. m.																																
p. m.																																
a. m.																																
p. m.																																
a. m.																																
p. m.																																
<b>Tomé los medicamentos tal como se me indicó</b>	Sí																															
	No																															
<b>Hoy me mantuve activo</b>	Sí																															
	No																															
<b>Consumí drogas o alcohol</b>	Sí																															
	No																															
<b>Cantidad de horas que dormí anoche</b> <i>(anote cualquier problema de sueño que haya tenido)</i>																																

## Comentarios

---



---



---

**Semana 1** Peso: \_\_\_\_\_ **Semana 2** Peso: \_\_\_\_\_ **Semana 3** Peso: \_\_\_\_\_ **Semana 4** Peso: \_\_\_\_\_

BMI: \_\_\_\_\_ Presión sanguínea: \_\_\_\_\_ Presión sanguínea: \_\_\_\_\_

Circunferencia de la cintura: \_\_\_\_\_

Presión sanguínea: \_\_\_\_\_

Identifique los tres o cuatro síntomas principales que controlará diariamente hasta la próxima reunión con su clínico. Tome como referencia un peso, un valor de presión sanguínea, una medida de circunferencia de cintura y un índice de masa corporal al comienzo del mes, y luego controle su peso cada dos semanas. Traiga esta hoja a su próxima reunión de seguimiento para poder comentar acerca de ella con los miembros de su equipo de tratamiento.

### **Posibles síntomas para que el cliente controle diariamente:**

Éstas son solamente sugerencias. Puede haber otros síntomas que usted quiera controlar.

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Escucho voces o sonidos y no sé de dónde vienen.</li><li>• Pienso que la gente me observa o me sigue.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Veo cosas que nadie más parece ver.</li><li>• Las cosas suenan o huelen mal.</li><li>• Siento miedo.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• No quiero hacer nada.</li><li>• Mi estado de ánimo es extremadamente feliz o eufórico.</li><li>• Pienso en lastimarme a mí mismo.</li><li>• Me irrito o me enojo con facilidad.</li><li>• Me siento cansado todo el tiempo.</li><li>• No necesito dormir.</li><li>• Mi deseo sexual es muy bajo, más bajo de lo normal.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Me siento desesperado.</li><li>• Me siento nervioso o ansioso.</li><li>• Me siento triste o desdichado.</li><li>• Mis ideas van tan rápido que no puedo concretarlas.</li><li>• Las personas me dicen que hablo demasiado o muy rápido.</li><li>• Mi deseo sexual es muy alto, más alto de lo normal.</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• No puedo entender lo que me dicen las personas.</li><li>• No puedo concentrarme en nada.</li><li>• No sé cómo planear las cosas.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tengo problemas para recordar las cosas.</li><li>• Tengo problemas para aprender cosas.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• No puedo dormir.</li><li>• No disfruto nada.</li><li>• No me cepillo los dientes.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• No me baño.</li><li>• No tengo nada para decir a las personas.</li></ul>  |

# Rastreador de síntomas

Gravedad del síntoma: Sin síntomas = 0 Leve = 1 Moderado = 2 Grave = 3

Síntoma	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	25	26	27	28	29	30	31	
Creo que la gente me está espiando	a. m.	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	p. m.	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
Tengo miedo	a. m.	2	2	2	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
	p. m.	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
Tomé los medicamentos tal como se me indicó	a. m.																															
	p. m.																															
Hoy me mantuve activo	Sí	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	No		✓	✓																												
Caminé	Sí				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	No	✓	✓	✓																												
Consumí drogas o alcohol	Sí		✓	✓	✓																											
	No	✓																														
Cantidad de horas que dormí anoche <i>(anote cualquier problema de sueño que haya tenido)</i>	Sí																															
	No	5	3	4	7	7	6½	6	7	7	7	8	8	7	6	7																

**Comentarios** No duermo bien si creo que alguien me está mirando.

**Semana 1** Peso: 193 **Semana 2** Peso: \_\_\_\_\_ **Semana 3** Peso: \_\_\_\_\_ **Semana 4** Peso: \_\_\_\_\_  
 BMI: 37 Presión sanguínea: \_\_\_\_\_ Presión sanguínea: \_\_\_\_\_  
 Circunferencia de la cintura: 36 Presión sanguínea: 143/90