

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.																																
Tomé los medicamentos tal como se me indicó	Sí																															
	No																															
Hoy me mantuve activo	Sí																															
	No																															
Consumí drogas o alcohol	Sí																															
	No																															
Cantidad de horas que dormí anoche <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 BMI 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.

- Escucho voces o sonidos y no sé de dónde vienen.
- Pienso que la gente me observa o me sigue.
- Veo cosas que nadie más parece ver.
- Las cosas suenan o huelen mal.
- Siento miedo.
- No quiero hacer nada.
- Mi estado de ánimo es extremadamente feliz o eufórico.
- Pienso en lastimarme a mí mismo.
- Me irrito o me enoja con facilidad.
- Me siento cansado todo el tiempo.
- No necesito dormir.
- Mi deseo sexual es muy bajo, más bajo de lo normal.
- Me siento desesperado.
- Me siento nervioso o ansioso.
- Me siento triste o desdichado.
- Mis ideas van tan rápido que no puedo concretarlas.
- Las personas me dicen que hablo demasiado o muy rápido.
- Mi deseo sexual es muy alto, más alto de lo normal.
- No puedo entender lo que me dicen las personas.
- No puedo concentrarme en nada.
- No sé cómo planear las cosas.
- Tengo problemas para recordar las cosas.
- Tengo problemas para aprender cosas.
- No puedo dormir.
- No disfruto nada.
- No me cepillo los dientes.
- No me baño.
- No tengo nada para decir a las personas.