

REGISTRO BÁSICO DIARIO

HORA A LA QUE SE DESPIERTA:

HORA A LA QUE SE LEVANTA:

DESAYUNO (HORA Y ALIMENTOS QUE INGIERE):

¿Desayuna solo/a?

ACTIVIDADES QUE REALIZA EN LA MAÑANA Y HORARIOS:

SÍNTOMAS Y/O COMPORTAMIENTOS QUE SE OBJETIVAN DURANTE LA MAÑANA:

MERIENDA MEDIA MAÑANA (HORA Y ALIMENTOS):

COMIDA (HORARIO, DURACIÓN, ALIMENTOS Y ACTITUD DURANTE LA MISMA):

¿Come solo/a?

MERIENDA (HORA Y ALIMENTOS):

ACTIVIDADES QUE REALIZA DURANTE LA TARDE Y HORARIOS:

SÍNTOMAS Y/O COMPORTAMIENTOS QUE SE OBJETIVAN DURANTE LA TARDE:

CENA (HORARIO, ACTITUD, DURACIÓN Y ALIMENTOS):

¿Cena acompañado/a?

¿HA PRECISADO MEDICACIÓN DE RESCATE DURANTE EL DÍA?: SI / NO
MEDICACIÓN, HORA Y SÍNTOMAS/MOTIVOS:

ESTADO DE ÁNIMO:

TRISTEZA - ALEGRÍA - ENFADO - MOTIVACIÓN – APATÍA - NERVIOSISMO

Estable / Ha empeorado / Ha mejorado

ANSIEDAD: SI / NO

¿En qué momentos?:

¿Qué ha verbalizado?:

¿Ha usado estrategias para regularla?: SI / NO

¿Cuáles?:

AUTOLESIONES: SI / NO

¿Qué ha verbalizado?:

¿Ha usado alternativas antes?:

ASEO DIARIO: SI / NO	LAVADO DIENTES: NO / SÍ, __ VECES AL DÍA
CAMBIO DE ROPA: SI / NO	INGESTA AGUA DIARIA:
HORA DE TOMA DE TRATAMIENTO PARA DORMIR (<i>Si aplica</i>):	
HORA A LA QUE SE ACUESTA:	
HORA A LA QUE SE DUERME:	
DESPERTARES DURANTE LA NOCHE: SI / NO	Nº de veces:
Motivos por los que se ha despertado:	
¿Se levanta de la cama?:	
¿Ha necesitado medicación de rescate para dormir?:	
¿Se siente descansado al levantarse por la mañana?: SI / NO	
¿SE HA EVIDENCIADO ALGUNA REACCIÓN AL TRATAMIENTO? SI / NO	
¿CUÁL/CUÁLES?:	
OTROS COMENTARIOS:	