

Rutina Diaria y Actividades

Horario Diario:

Bocadillos y comidas: Enumere las restricciones o requisitos dietéticos específicos, incluyendo las fórmulas especiales o espesantes necesarios.

Desayuno:	Notas:
Bocadillo de la mañana:	Notas:
Almuerzo:	Notas:
Bocadillo de la tarde:	Notas:
Cena:	Notas:

Medicamentos:

Nombre del medicamento:	Dosis:
Hora(s) de administración:	Notas:

Nombre del medicamento:	Dosis:
Hora(s) de administración:	Notas:

Nombre del medicamento:	Dosis:
Hora(s) de administración:	Notas:

Nombre del medicamento:	Dosis:
Hora(s) de administración:	Notas:

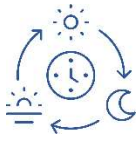
Nombre del medicamento:	Dosis:
Hora(s) de administración:	Notas:

Nombre del medicamento:	Dosis:
Hora(s) de administración:	Notas:

Actividades escolares:

Materias/Clases:
Notas:

Materias/Clase:
Notas:



Extraescolares:

Actividad:
Hora/Lugar:

Actividad:
Hora/Lugar:

Actividad:
Hora/Lugar:

Terapia / Cita con el Doctor:

Tipo de cita:	Lugar:
Hora:	Notas:

Tipo de cita:	Lugar:
Hora:	Notas:

Tipo de cita:	Lugar:
Hora:	Notas:

Rutina de la tarde:

Hora del baño:	Notas:
Actividades de relajación:	Notas:
Hora de dormir:	Notas:

