

Fecha:

| | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="text" value="6"/> | <input type="text" value="7"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="0"/> |
| Día | Mes | Año | | | |

Fecha de la cita médica con especialista:

| | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="7"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="0"/> |
| Día | Mes | Año | | | | |

Ejemplo

Ausencia

Severo, incapacitante

| | | | | | | | | | | |
|--|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Dolor de cabeza ¹ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

| | | | | | | | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Sudoración excesiva ¹ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Dolor en las articulaciones ¹ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

| | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|  | Fatiga/agotamiento ¹ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

| | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Hinchazón ¹ | <input type="checkbox"/> |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Otra hinchazon por acromegalia ¹ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

Por favor, comparta mayor descripción de los síntomas:

Preguntas / notas / respuestas

¿El hacer siesta y/o dormir más en las noches ayuda con los síntomas de fatiga?

Fecha:

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |
| Día | Mes | Año | | | |

Fecha de la cita médica con especialista:

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |
| Día | Mes | Año | | | |

Ejemplo

Ausencia

Severo, incapacitante

| | | | | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|  Dolor de cabeza ¹ | <input type="text"/> |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

| | | | | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|  Sudoración excesiva ¹ | <input type="text"/> |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

| | | | | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|  Dolor en las articulaciones ¹ | <input type="text"/> |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

| | | | | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|  Fatiga/agotamiento ¹ | <input type="text"/> |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

| | | | | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|  Hinchazón ¹ | <input type="text"/> |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

| | | | | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|  Otra hinchazon por acromegalia ¹ | <input type="text"/> |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

Por favor, comparta mayor descripción de los síntomas:

Preguntas / notas / respuestas