

## Registro de Control Premenstrual

## 10 días antes de la menstruación

<http://undia-a-lavez.com>

Registro de Control Premenstrual									
10 días antes de la menstruación					Nombre:			Mes de registro:	
	Fecha	Ánimo	Energía	Inflamación / Hinchazón	Dolor (piernas/senos/pélvico/cabeza)	Sueño	Concentración	¿Hice algo por mí? (Ejercicio, oración, dieta)	
Día 10	/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Incapacitante <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Día 9	/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Incapacitante <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Día 8	/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Incapacitante <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Día 7	/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Incapacitante <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Día 6	/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Incapacitante <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Día 5	/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Incapacitante <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Día 4	/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Incapacitante <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Día 3	/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Incapacitante <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Día 2	/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Incapacitante <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Día 1	/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Incapacitante <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Antojo principal del mes:

Lo que mejor me hizo sentir: