Formulario de seguimiento de la constipación

ECHO AUTISM COMMUNITIES

NOMBRE DEL PACIENTE

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO

Este formulario le permite registrar detalles sobre su constipación o la de su hijo. Compartirlo con su médico les ayudará a trabajar en equipo para garantizar que el plan de tratamiento controle el estreñimiento eficazmente. Lleve el formulario a cada cita para que usted y su médico puedan revisar la información juntos.

PLAN DE TRATAMIENTO DE LA CONSTIPACIÓN	
Objetivo del plan:	
Instrucciones del plan:	

Fecha y hora de la deposición	Consistencia de las heces	Nivel de dolor al defecar	Nombre del medicamento y dosis administrada	Mejora de los síntomas	Observaciones destacadas
_____ ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche	☐ Suave ☐ Duro ☐ Blando	☐ Sin dolor ☐ Un poco ☐ Mucho dolor	☐ Ninguno _____ Nombre del medicamento _____ Dosis del medicamento	☐ Sin mejoras ☐ Pequeña mejora ☐ Mejora moderada ☐ Mejora significativa ☐ No estoy seguro	
_____ ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche	☐ Suave ☐ Duro ☐ Blando	☐ Sin dolor ☐ Un poco ☐ Mucho dolor	☐ Ninguno _____ Nombre del medicamento _____ Dosis del medicamento	☐ Sin mejoras ☐ Pequeña mejora ☐ Mejora moderada ☐ Mejora significativa ☐ No estoy seguro	
_____ ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche	☐ Suave ☐ Duro ☐ Blando	☐ Sin dolor ☐ Un poco ☐ Mucho dolor	☐ Ninguno _____ Nombre del medicamento _____ Dosis del medicamento	☐ Sin mejoras ☐ Pequeña mejora ☐ Mejora moderada ☐ Mejora significativa ☐ No estoy seguro	
_____ ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche	☐ Suave ☐ Duro ☐ Blando	☐ Sin dolor ☐ Un poco ☐ Mucho dolor	☐ Ninguno _____ Nombre del medicamento _____ Dosis del medicamento	☐ Sin mejoras ☐ Pequeña mejora ☐ Mejora moderada ☐ Mejora significativa ☐ No estoy seguro	

Formulario de seguimiento de la constipación

ECHO AUTISM COMMUNITIES

Fecha y hora de la deposición	Consistencia de las heces	Nivel de dolor al defecar	Nombre del medicamento y dosis administrada	Mejora de los síntomas	Observaciones destacadas
_____ ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche	☐ Suave ☐ Duro ☐ Blando	☐ Sin dolor ☐ Un poco ☐ Mucho dolor	☐ Ninguno _____ Nombre del medicamento _____ Dosis del medicamento	☐ Sin mejoras ☐ Pequeña mejora ☐ Mejora moderada ☐ Mejora significativa ☐ No estoy seguro	
_____ ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche	☐ Suave ☐ Duro ☐ Blando	☐ Sin dolor ☐ Un poco ☐ Mucho dolor	☐ Ninguno _____ Nombre del medicamento _____ Dosis del medicamento	☐ Sin mejoras ☐ Pequeña mejora ☐ Mejora moderada ☐ Mejora significativa ☐ No estoy seguro	
_____ ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche	☐ Suave ☐ Duro ☐ Blando	☐ Sin dolor ☐ Un poco ☐ Mucho dolor	☐ Ninguno _____ Nombre del medicamento _____ Dosis del medicamento	☐ Sin mejoras ☐ Pequeña mejora ☐ Mejora moderada ☐ Mejora significativa ☐ No estoy seguro	
_____ ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche	☐ Suave ☐ Duro ☐ Blando	☐ Sin dolor ☐ Un poco ☐ Mucho dolor	☐ Ninguno _____ Nombre del medicamento _____ Dosis del medicamento	☐ Sin mejoras ☐ Pequeña mejora ☐ Mejora moderada ☐ Mejora significativa ☐ No estoy seguro	
_____ ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche	☐ Suave ☐ Duro ☐ Blando	☐ Sin dolor ☐ Un poco ☐ Mucho dolor	☐ Ninguno _____ Nombre del medicamento _____ Dosis del medicamento	☐ Sin mejoras ☐ Pequeña mejora ☐ Mejora moderada ☐ Mejora significativa ☐ No estoy seguro	
_____ ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche	☐ Suave ☐ Duro ☐ Blando	☐ Sin dolor ☐ Un poco ☐ Mucho dolor	☐ Ninguno _____ Nombre del medicamento _____ Dosis del medicamento	☐ Sin mejoras ☐ Pequeña mejora ☐ Mejora moderada ☐ Mejora significativa ☐ No estoy seguro	
_____ ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche	☐ Suave ☐ Duro ☐ Blando	☐ Sin dolor ☐ Un poco ☐ Mucho dolor	☐ Ninguno _____ Nombre del medicamento _____ Dosis del medicamento	☐ Sin mejoras ☐ Pequeña mejora ☐ Mejora moderada ☐ Mejora significativa ☐ No estoy seguro	
_____ ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche	☐ Suave ☐ Duro ☐ Blando	☐ Sin dolor ☐ Un poco ☐ Mucho dolor	☐ Ninguno _____ Nombre del medicamento _____ Dosis del medicamento	☐ Sin mejoras ☐ Pequeña mejora ☐ Mejora moderada ☐ Mejora significativa ☐ No estoy seguro	