

Planilla de registro del peso

Nombre _____ Peso inicial _____

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						
Fecha: Peso:						

Fuente: Programa para el manejo de enfermedades crónicas de Indiana