

REGISTRO DE MIS PERÍODOS MENSTRUALES

AÑO	MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	ENERO																																
	FEBRERO																																
	MARZO																																
	ABRIL																																
	MAYO																																
	JUNIO																																
	JULIO																																
	AGOSTO																																
	SEPTIEMBRE																																
	OCTUBRE																																
	NOVIEMBRE																																
	DICIEMBRE																																

INDIQUE EL TIPO DE SANGRADO MENSTRUAL

- normal
 excepcionalmente alto
 excepcionalmente abundante

ejemplo

YEAR	MONTH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	JANUARY			O	X	X		X	O							
	FEBRUARY	X	X	X	X	X	O	O								
	MARCH		X	X				X	X							
	APRIL		O	O	O	X	X									

REGISTRO DE LOS RESULTADOS DE MIS PRUEBAS

FECHAS DE LAS VISITAS AL MÉDICO										
PRUEBAS NORMALES RELACIONADAS CON EL VIH										
Recuento de carga viral del VIH										
Recuento de células CD4+										
Nivel de glóbulos rojos (hemoglobina)										
Nivel de colesterol										
Nivel de triglicéridos										
AGREGUE OTRAS PRUEBAS QUE USTED Y SU MEDICO QUIERAN REGISTRAR										

