



Hacete amigo/a de adiaquil

Nombre y apellido del amigo/a:.....

Nombre del Médico:.....

Del/...../2010

Al/...../ 2010

	<i>Desayuno</i>	<i>Almuerzo</i>	<i>Merienda</i>	<i>Cena</i>	
	<i>Antes/después</i>	<i>antes/después</i>	<i>antes/después</i>	<i>antes/después</i>	<i>Observaciones</i>
<i>Lunes</i>					
<i>Martes</i>					
<i>Miércoles</i>					
<i>Jueves</i>					
<i>Viernes</i>					
<i>Sábado</i>					
<i>Domingo</i>					

Nota: *Podes imprimir y completar la planilla, con los datos de tus controles diarios, para llevar a tú médico ó equipo médico.*

No olvides tus controles