

Vivir con
la parálisis
cerebral
infantil

PLANIFICACIÓN DIARIA DE VISITAS MÉDICAS Y REHABILITACIÓN



LUNES

__/__/__

MARTES

__/__/__

MIÉRCOLES

__/__/__

JUEVES

__/__/__

VIERNES

__/__/__

SÁBADO

__/__/__

DOMINGO

__/__/__

MAÑANA

TARDE

	LUNES __/__/__	MARTES __/__/__	MIÉRCOLES __/__/__	JUEVES __/__/__	VIERNES __/__/__	SÁBADO __/__/__	DOMINGO __/__/__
MAÑANA							
TARDE							

Vivir con
la parálisis
cerebral
infantil

PLANIFICACIÓN DIARIA DE MENÚ Y MEDICACIÓN



LUNES

__ / __ / __

MARTES

__ / __ / __

MIÉRCOLES

__ / __ / __

JUEVES

__ / __ / __

VIERNES

__ / __ / __

SÁBADO

__ / __ / __

DOMINGO

__ / __ / __

MENÚ Y/O FÓRMULA NUTRICIONAL

Desayuno

Almuerzo

Merienda

Cena

MEDICACIÓN

Mañana

Mediodía

Noche

HIGIENE

Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>
Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>
Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>

Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>
Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>
Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>

Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>
Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>
Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>

Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>
Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>
Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>

Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>
Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>
Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>

Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>
Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>
Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>

Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>
Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>
Marque cuando haya tomado la medicación <input type="checkbox"/>

--

--

--

--

--

--

--