Anexo N° 4

CARTILLA DE REGISTRO DIARIO

Nombre:	¿Se completó en la sesión? Si / No
Fecha de inicio:	¿Con qué frecuencia la completó? (marca con una X) A diario ----- 2 o 3 veces por semana ----- Una vez -----

DESEOS Y ACCIONES													
Día	Auto – Agresión		Suicidio		Hetero – agresión		Consumo Alcohol		Consumo Drogas		Ir a clases	Sexo riesgoso	Uso Fármacos
	Deseo 0 – 5	Acción Si / No	Deseo 0 - 5	Acción Si / No	Deseo 0 – 5	Acción Si / No	Deseo 0 - 5	Uso N° / Tipo	Deseo 0 - 5	Uso N° / Tipo	SI / NO	SI / NO	Dosis Prescrita SI / NO
L													
M													
M													
J													
V													
S													
D													