

# BALANCE

Registro de Ingestas fuera de comidas



CAMBIA  
EL CHIP

Paciente:

DÍA/HORA	QUÉ	DÓNDE	PENSAMIENTOS ANTES	PENSAMIENTOS DESPUÉS	
					A <input type="checkbox"/>
					V <input type="checkbox"/>
					D <input type="checkbox"/>
					L <input type="checkbox"/>
					A <input type="checkbox"/>
					V <input type="checkbox"/>
					D <input type="checkbox"/>
					L <input type="checkbox"/>
					A <input type="checkbox"/>
					V <input type="checkbox"/>
					D <input type="checkbox"/>
					L <input type="checkbox"/>
					A <input type="checkbox"/>
					V <input type="checkbox"/>
					D <input type="checkbox"/>
					L <input type="checkbox"/>