



**My Sweet
Health**

Nayda L. Marrero Cardona, APRN

Phone: 689-210-8293

Email: info@mysweethealth.com

Website: mysweethealth.com

Fatigue Tracker Log / Registro de Fatiga

This free 3-day symptom tracker is for educational purposes only. By submitting your completed tracker, you will receive a non-medical review of your symptoms and general recommendations for possible next steps in your plan of care. No medical treatment, diagnosis, prescriptions, or telehealth visit will be provided through this tracker. This review does not replace a medical consultation. If a medical visit is recommended, you will be informed of the cost before scheduling. This tracker has no cost. After reviewing your symptoms, pricing for any suggested services will be calculated and sent to you by email. You will receive a response within 72 hours of submission.

Este registro gratuito de síntomas por 3 días es solo con fines educativos. Al enviar tu formulario completado, recibirás una revisión no médica de tus síntomas y recomendaciones generales sobre los próximos pasos en tu plan de cuidado. No se brindará tratamiento médico, diagnóstico, recetas ni consulta por telemedicina mediante este registro. Esta revisión no reemplaza una consulta médica. Si se recomienda una visita médica, se te informará el costo antes de programarla. Este registro no tiene costo. Después de revisar tus síntomas, el costo de los servicios sugeridos se calculará y se enviará por correo electrónico. Recibirás una respuesta dentro de 72 horas después de enviarlo.

☐ **Attest / Acepto**

☐ **I do not attest / No deseo continuar**

If you are experiencing a medical emergency, please do not use this telehealth service. Instead, call 911 immediately or go to the nearest emergency room. Your safety and well-being are our top priorities.

Si tiene una emergencia médica, no utilice este servicio de telesalud. En su lugar, llame al 911 inmediatamente o acuda a la sala de urgencias más cercana. Su seguridad y bienestar son nuestra prioridad.

Name / Nombre: _____

Date of Birth / Fecha Nacimiento: _____

Email / Correo electrónico: _____

The state where you live / El estado donde vive: _____

How to Use / Cómo usar:

Track your symptoms for 3 days. Check all that apply. /
Registra tus síntomas por 3 días. Marca todo lo que aplique.



**My Sweet
Health**

Nayda L. Marrero Cardona, APRN

Phone: 689-210-8293

Email: info@mysweethealth.com

Website: mysweethealth.com

DAY 1

Energy Level / Nivel de Energía:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Very Low / Muy bajo				Normal					Excellent / Excelente

Symptoms / Síntomas:

☐ Fatigue / Cansancio	☐ Shortness of breath / Falta de aire	☐ Dizziness / Mareos
☐ Brain fog / Niebla mental	☐ Headache / Dolor de cabeza	☐ Low motivation / Baja motivación
☐ Feeling cold / Sensación de frío	☐ Weakness / Debilidad	☐ Heart palpitations / Palpitaciones
☐ Hair loss / Pérdida de cabello		

Sleep / Sueño:

☐ Slept well / Dormí bien	☐ Trouble falling asleep / Problemas al dormir	☐ Woke up tired / Desperté cansado(a)	☐ Night awakenings / Despertares nocturnos
---	---	--	---

Stress Level / Nivel de Estrés:

☐ Low / Bajo	☐ Medium / Medio	☐ High / Alto
-------------------------------------	---	--------------------------------------

Water Intake / Agua Consumida:

☐ Less than 4 cups / Menos de 4 vasos	☐ 4–6 cups / 4–6 vasos	☐ 7–8 cups / 7–8 vasos	☐ More than 8 cups / Más de 8 vasos
---	--	--	---



**My Sweet
Health**

Nayda L. Marrero Cardona, APRN

Phone: 689-210-8293

Email: info@mysweethealth.com

Website: mysweethealth.com

Meals / Comidas:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Skipped a meal /
Salté una comida | ☐ Ate regularly /
Comí regular | ☐ High sugar /
Alta azúcar |
| ☐ High carbs /
Altos carbohidratos | ☐ Balanced meals /
Comidas balanceadas | |

DAY 2

Energy Level / Nivel de Energía:

- | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|---|---|--------|---|---|---|---|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Very
Low /
Muy
bajo | | | | Normal | | | | | Excellent
/
Excelente |

Symptoms / Síntomas:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Fatigue /
Cansancio | ☐ Shortness of breath /
Falta de aire | ☐ Dizziness / Mareos |
| ☐ Brain fog /
Niebla mental | ☐ Headache /
Dolor de cabeza | ☐ Low motivation /
Baja motivación |
| ☐ Feeling cold /
Sensación de frío | ☐ Weakness /
Debilidad | ☐ Heart palpitations /
Palpitaciones |
| ☐ Hair loss /
Pérdida de cabello | | |

Sleep / Sueño:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ☐ Slept well /
Dormí bien | ☐ Trouble falling
asleep /
Problemas al dormir | ☐ Woke up tired /
Desperté
cansado(a) | ☐ Night awakenings /
Despertares
nocturnos |
|---|---|--|---|



**My Sweet
Health**

Nayda L. Marrero Cardona, APRN

Phone: 689-210-8293

Email: info@mysweethealth.com

Website: mysweethealth.com

Stress Level / Nivel de Estrés:

___ Low / Bajo

___ Medium / Medio

___ High / Alto

Water Intake / Agua Consumida:

___ Less than 4 cups /
Menos de 4 vasos

___ 4–6 cups /
4–6 vasos

___ 7–8 cups /
7–8 vasos

___ More than 8 cups /
Más de 8 vasos

Meals / Comidas:

___ Skipped a meal /
Salté una comida

___ Ate regularly /
Comí regular

___ High sugar /
Alta azúcar

___ High carbs /
Altos carbohidratos

___ Balanced meals /
Comidas balanceadas

DAY 3

Energy Level / Nivel de Energía:

1
Very
Low /
Muy
bajo

2

3

4

5
Normal

6

7

8

9

10
Excellent
/
Excelente

Symptoms / Síntomas:

___ Fatigue /
Cansancio

___ Shortness of breath /
Falta de aire

___ Dizziness / Mareos

___ Brain fog /
Niebla mental

___ Headache /
Dolor de cabeza

___ Low motivation /
Baja motivación

___ Feeling cold /
Sensación de frío

___ Weakness /
Debilidad

___ Heart palpitations /
Palpitaciones

___ Hair loss / Pérdida de cabello



**My Sweet
Health**

Nayda L. Marrero Cardona, APRN

Phone: 689-210-8293

Email: info@mysweethealth.com

Website: mysweethealth.com

Sleep / Sueño:

☐ Slept well / Dormí bien	☐ Trouble falling asleep / Problemas al dormir	☐ Woke up tired / Desperté cansado(a)	☐ Night awakenings / Despertares nocturnos
---	---	--	---

Stress Level / Nivel de Estrés:

☐ Low / Bajo	☐ Medium / Medio	☐ High / Alto
-------------------------------------	---	--------------------------------------

Water Intake / Agua Consumida:

☐ Less than 4 cups / Menos de 4 vasos	☐ 4–6 cups / 4–6 vasos	☐ 7–8 cups / 7–8 vasos	☐ More than 8 cups / Más de 8 vasos
---	--	--	---

Meals / Comidas:

☐ Skipped a meal / Salté una comida	☐ Ate regularly / Comí regular	☐ High sugar / Alta azúcar
☐ High carbs / Altos carbohidratos	☐ Balanced meals / Comidas balanceadas	

Send completed tracker to / Enviar formulario completado a:

info@mysweethealth.com
