**Internación Domiciliaria.**

**Planificación Diaria.**

**Día Número:…… Fecha……../………/……….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Me levanto a las:………… hs.Desayuno y Aseo.Actividades durante la Mañana (Haga un listado):……………………………………….........................……………………………………………………………..……………………………………………………………..……………………………………………………………..Almuerzo a las ……… hs.Descanso.Actividades durante la Tarde (Haga un listado):…………………………………………………………..…………………………………………………………..…………………………………………………………..…………………………………………………………..…………………………………………………………..…………………………………………………………..………………………………………………………….. Cena a las ………….. hsHora de la Medicación::…………………..hs.Hora de la Terpia: ……………………………hs. | Me apoyo en: | Debo Cuidarme de: |

****

**Internación Domiciliaria.**

**Evaluación del día…………/……./…………**

**Actividad para antes de dormir:**

**Es importante que escriba en su cuaderno diario o texto sus experiencias, sentimientos y emociones vividos durante el día, respondiéndose por lo menos estas preguntas.**

**1.- ¿Qué aprendí en el día de hoy?**

**2.- ¿De algo pude darme cuentas?**

**3.- ¿Cómo estoy en relación a mis ganas de consumir alcohol y otras drogas?**

**4.- ¿Cuán comprometido me siento con mi tratamiento?**

**5.- ¿A que me comprometo para mañana?**

**6.- Última tarea.
 Antes de dormir planfique el día siguiente en el formulario “Planificación Diaria”**