

FECHA:	<input type="text"/>	
ACTIVIDAD HIGIENE	TURNO: <input type="text"/>	
Baño/ducha		<input type="checkbox"/>
Aseo		<input type="checkbox"/>
Higiene bucal		<input type="checkbox"/>
Uñas manos		<input type="checkbox"/>
Uñas pies		<input type="checkbox"/>
Afeitado		<input type="checkbox"/>
Higiene genital		<input type="checkbox"/>
Vestido		<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="text"/>	