**AUTO-REGISTRO DE CONDUCTA DE CONSUMO**

Nombre:

Semana:

Instrucciones: En cada uno de los espacios señalados, coloque la información solicitada.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Día | Deseo o necesidad de consumo  Del 0 (nada) al 5 (máximo) | ¿Se presentó la conducta?  Sí  No | Cantidad consumida | Descripción de la situación de consumo | Pensamientos, emociones y sensaciones físicas del consumo | | |
| Antes | Durante | Después |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**AUTO-REGISTRO DE CONDUCTAS**

Nombre:

Semana:

Instrucciones: En cada uno de los espacios señalados, coloque la información solicitada.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Día | ¿Se presentó la conducta?  Sí  No | Intensidad de los síntomas  Del 0 (nada) al 5 (máximo) | Número de ocasiones en que se presento | Descripción de la situación | Pensamientos, emociones y sensaciones físicas de la situación | | |
|  |  |  |  |  | Antes | Durante | Después |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |