

Ficha de Datos Durante el Estudio

Fecha de ingreso de paciente: _____
Fecha de inicia de tratamiento: _____

El día "0" es el día que inicia el tratamiento

día Fecha Exámenes / Datos

-1	-1A	Cuestionario de Síntomas	<input type="checkbox"/>	
	-1B	Grabación de Audio 24h	<input type="checkbox"/>	
	-1C(a)	Muestra de Sangre	<input type="checkbox"/>	
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>	
	-1C(b)	Toma de la glucosa central	<input checked="" type="checkbox"/>	
	-1C(c)	Gotas de Sangre Seca	<input checked="" type="checkbox"/>	
	-1C(d)	Muestra de Orina	<input type="checkbox"/>	
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>	
	-1C(e)	Analisis de Bioimpedancia	<input type="checkbox"/>	
		Hora de toma de la grabación	<input type="checkbox"/>	
	-1D	Muestra de Esputo por Laboratorio: Dr. Moore	<input type="checkbox"/>	
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>	
	-1E	BK: Resultado:	<input type="checkbox"/>	
		BK: Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>	
		BK: Nombre del Recipiente del Resultado:	<input type="checkbox"/>	
	-1F	MODS: Resultado +/-:	<input type="checkbox"/>	
		MODS: Resultados susceptibilidades	<input type="checkbox"/>	
	-1G	Rifampicina:	<input type="checkbox"/>	
	-1H	Isoniazida:	<input type="checkbox"/>	
		MODS: Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>	
		MODS: Nombre del Recipiente del Resultado:	<input type="checkbox"/>	
	-1I	Muestra de Esputo por Laboratorio: Dr. Evans	<input type="checkbox"/>	
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>	
	-1J	Resultado Prueba Cuantitativa:	<input type="checkbox"/>	
		Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>	
		Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>	
	-1K	Muestra aerosol I.	<input type="checkbox"/>	
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>	
	-1L	Resultado:	<input type="checkbox"/>	
		Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>	
		Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>	
	-1M	Muestra aerosol II.	<input type="checkbox"/>	
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>	
	-1N	Resultado:	<input type="checkbox"/>	
		Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>	
		Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>	
	-1O	Temperatura maxima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>	
	-1P	Temperatura minima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>	
	-1Q	Temperatura cerca de la 8 am:	<input type="checkbox"/>	

-1R	Peso:	<input type="checkbox"/>	
-1S	Talla	<input type="checkbox"/>	
-1T	1st circunferencia de la cadera	<input checked="" type="checkbox"/>	
-1U	2nd circunferencia de la cadera	<input checked="" type="checkbox"/>	
-1V	1st circunferencia de la cintura	<input checked="" type="checkbox"/>	
-1W	2nd circunferencia de la cintura	<input checked="" type="checkbox"/>	
-1X	Presión arterial	<input checked="" type="checkbox"/>	
-1Y	Prueba de alimentación con yogur	<input type="checkbox"/>	

El día "0" es el día que inicia el tratamiento

0	0A	Cuestionario de Síntomas	<input type="checkbox"/>	
	0B	Grabación de Audio 24h	<input type="checkbox"/>	
	0C(a)	Muestra de Sangre	<input type="checkbox"/>	
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>	
	0C(b)	Toma de la glucosa central	<input checked="" type="checkbox"/>	
	0C(c)	Gotas de Sangre Seca	<input checked="" type="checkbox"/>	
	0C(d)	Muestra de Orina	<input type="checkbox"/>	
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>	
	0C(e)	Analisis de Bioimpedancia	<input type="checkbox"/>	
		Hora de toma de la grabación	<input type="checkbox"/>	
	0D	Muestra de Espuma por Laboratorio: Dr. Moore	<input type="checkbox"/>	
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>	
	0E	BK: Resultado:	<input type="checkbox"/>	
		BK: Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>	
		BK: Nombre del Recipiente del Resultado:	<input type="checkbox"/>	
	0F	MODS: Resultado:	<input type="checkbox"/>	
		MODS: Resultados susceptibilidades	<input type="checkbox"/>	
	0G	Rifampicina:	<input type="checkbox"/>	
	0H	Isoniazida:	<input type="checkbox"/>	
		MODS: Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>	
		MODS: Nombre del Recipiente del Resultado:	<input type="checkbox"/>	
	0I	Muestra de Espuma por Laboratorio: Dr. Evans	<input type="checkbox"/>	
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>	
	0J	Resultado Prueba Cuantitativa:	<input type="checkbox"/>	
		Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>	
		Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>	
	0K	Muestra aerosol I.	<input type="checkbox"/>	
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>	
	0L	Resultado:	<input type="checkbox"/>	
		Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>	
		Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>	
	0M	Muestra aerosol II.	<input type="checkbox"/>	
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>	
	0N	Resultado:	<input type="checkbox"/>	
		Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>	
		Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>	
	0O	Temperatura maxima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>	

0P	Temperatura minima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>	
0Q	Temperatura cerca de la 8 am:	<input type="checkbox"/>	
0R	Peso:	<input type="checkbox"/>	
0S	Talla	<input type="checkbox"/>	
0T	1st circunferencia de la cadera	<input checked="" type="checkbox"/>	
0U	2nd circunferencia de la cadera	<input type="checkbox"/>	
0V	1st circunferencia de la cintura	<input checked="" type="checkbox"/>	
0W	2nd circunferencia de la cintura	<input type="checkbox"/>	
0X	Presion arterial	<input checked="" type="checkbox"/>	
0Y	Prueba de alimentacion con yogur	<input checked="" type="checkbox"/>	

1	1A	Cuestionario de Síntomas	<input type="checkbox"/>
	1B	Grabación de Audio 24h	<input type="checkbox"/>
	1O	Temperatura maxima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
	1P	Temperatura minima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
	1Q	Temperatura cerca de la 8 am:	<input type="checkbox"/>

2	2A	Cuestionario de Síntomas	<input type="checkbox"/>
	2B	Grabación de Audio 24h	<input type="checkbox"/>
	2O	Temperatura maxima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
	2P	Temperatura minima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
	2Q	Temperatura cerca de la 8 am:	<input type="checkbox"/>

3	3A	Cuestionario de Síntomas	<input type="checkbox"/>
	3B	Grabación de Audio 24h	<input type="checkbox"/>
	3D	Muestra de Esputo por Laboratorio: Dr. Moore	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	3E	BK: Resultado:	<input type="checkbox"/>
		BK: Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
		BK: Nombre del Recipiente del Resultado:	<input type="checkbox"/>
	3F	MODS: Resultado:	<input type="checkbox"/>
		MODS: Resultados susceptibilidades	<input type="checkbox"/>
	3G	Rifampicina:	<input type="checkbox"/>
	3H	Isoniazida:	<input type="checkbox"/>
		MODS: Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
		MODS: Nombre del Recipiente del Resultado:	<input type="checkbox"/>
	3I	Muestra de Esputo por Laboratorio: Dr. Evans	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	3J	Resultado Prueba Cuantitativa:	<input type="checkbox"/>
		Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
		Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>
	3K	Muestra aerosol I.	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	3L	Resultado:	<input type="checkbox"/>
		Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
		Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>
	3M	Muestra aerosol II.	<input type="checkbox"/>

	Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>	
3N	Resultado:	<input type="checkbox"/>	
	Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>	
	Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>	
3O	Temperatura maxima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>	
3P	Temperatura minima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>	
3Q	Temperatura cerca de la 8 am:	<input type="checkbox"/>	
3R	Peso:	<input type="checkbox"/>	

4	4A	Cuestionario de Síntomas	<input type="checkbox"/>
	4B	Grabación de Audio 24h	<input type="checkbox"/>
	4O	Temperatura maxima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
	4P	Temperatura minima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
	4Q	Temperatura cerca de la 8 am:	<input type="checkbox"/>

5	5A	Cuestionario de Síntomas	<input type="checkbox"/>
	5B	Grabación de Audio 24h	<input type="checkbox"/>
	5O	Temperatura maxima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
	5P	Temperatura minima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
	5Q	Temperatura cerca de la 8 am:	<input type="checkbox"/>

6	6A	Cuestionario de Síntomas	<input type="checkbox"/>
	6B	Grabación de Audio 24h	<input type="checkbox"/>
	6O	Temperatura maxima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
	6P	Temperatura minima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
	6Q	Temperatura cerca de la 8 am:	<input type="checkbox"/>

7	7A	Cuestionario de Síntomas	<input type="checkbox"/>
	7B	Grabación de Audio 24h	<input type="checkbox"/>
	7C(a)	Muestra de Sangre	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	7C(b)	Toma de la glucosa central:	<input checked="" type="checkbox"/>
	7C(c)	Muestra de Orina	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	7C(d)	Analisis de Bioimpedancia	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la grabación	<input type="checkbox"/>
	7D	Muestra de Esputo por Laboratorio: Dr. Moore	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	7E	BK: Resultado:	<input type="checkbox"/>
		BK: Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
		BK: Nombre del Recipiente del Resultado:	<input type="checkbox"/>
	7F	MODS: Resultado:	<input type="checkbox"/>
		MODS: Resultados susceptibilidades	<input type="checkbox"/>
	7G	Rifampicina:	<input type="checkbox"/>
	7H	Isoniazida:	<input type="checkbox"/>
		MODS: Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>

	MODS: Nombre del Recipiente del Resultado:	<input type="checkbox"/>
7I	Muestra de Esputo por Laboratorio: Dr. Evans	<input type="checkbox"/>
	Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
7J	Resultado Prueba Cuantitativa:	<input type="checkbox"/>
	Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
	Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>
7K	Muestra aerosol I.	<input type="checkbox"/>
	Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
7L	Resultado:	<input type="checkbox"/>
	Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
	Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>
7OM	Muestra aerosol II.	<input type="checkbox"/>
7N	Resultado:	<input type="checkbox"/>
	Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
	Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>
7OM	Temperatura maxima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
7P	Temperatura minima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
7Q	Temperatura cerca de la 8 am:	<input type="checkbox"/>
7R	Peso:	<input type="checkbox"/>
7S	1st circunferencia de la cadera	<input checked="" type="checkbox"/>
7T	2nd circunferencia de la cadera	<input type="checkbox"/>
7U	1st circunferencia de la cintura	<input type="checkbox"/>
7V	2nd circunferencia de la cintura	<input type="checkbox"/>
7W	Presion arterial	<input type="checkbox"/>
7X	Prueba de alimentación con yogurt	<input type="checkbox"/>

8	8A	Cuestionario de Síntomas	<input type="checkbox"/>
	8B	Grabación de Audio 24h	<input type="checkbox"/>
	8O	Temperatura maxima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
	8P	Temperatura minima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
	8Q	Temperatura cerca de la 8 am:	<input type="checkbox"/>

9	9A	Cuestionario de Síntomas	<input type="checkbox"/>
	9B	Grabacion de Audio 24h	<input type="checkbox"/>
	9O	Temperatura maxima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
	9P	Temperatura minima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
	9Q	Temperatura cerca de la 8 am:	<input type="checkbox"/>

10	10A	Cuestionario de Síntomas	<input type="checkbox"/>
	10B	Grabación de Audio 24h	<input type="checkbox"/>
	10O	Temperatura maxima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
	10P	Temperatura minima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
	10Q	Temperatura cerca de la 8 am:	<input type="checkbox"/>

11	11A	Cuestionario de Síntomas	<input type="checkbox"/>
	11B	Grabación de Audio 24h	<input type="checkbox"/>
	11O	Temperatura maxima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>

11P	<i>Temperatura minima en las 24h anteriores:</i>	<input type="checkbox"/>
11Q	<i>Temperatura cerca de la 8 am:</i>	<input type="checkbox"/>

12	12A	<i>Cuestionario de Síntomas</i>	<input type="checkbox"/>
	12B	<i>Grabación de Audio 24h</i>	<input type="checkbox"/>
	12O	<i>Temperatura maxima en las 24h anteriores:</i>	<input type="checkbox"/>
	12P	<i>Temperatura minima en las 24h anteriores:</i>	<input type="checkbox"/>
	12Q	<i>Temperatura cerca de la 8 am:</i>	<input type="checkbox"/>

13	13A	<i>Cuestionario de Síntomas</i>	<input type="checkbox"/>
	13B	<i>Grabación de Audio 24h</i>	<input type="checkbox"/>
	13O	<i>Temperatura maxima en las 24h anteriores:</i>	<input type="checkbox"/>
	13P	<i>Temperatura minima en las 24h anteriores:</i>	<input type="checkbox"/>
	13Q	<i>Temperatura cerca de la 8 am:</i>	<input type="checkbox"/>

14	14A	<i>Cuestionario de Síntomas</i>	<input type="checkbox"/>	
	14B	<i>Grabación de Audio 24h</i>	<input type="checkbox"/>	
	14C(a)	<i>Muestra de Sangre</i>	<input type="checkbox"/>	
		<i>Hora de toma de la muestra:</i>	<input type="checkbox"/>	
	14C(b)	<i>Toma de la glucosa central.</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	14C(c)	<i>Muestra de Orina</i>	<input type="checkbox"/>	
		<i>Hora de toma de la muestra:</i>	<input type="checkbox"/>	
	14C(d)	<i>Analisis de Bioimpedancia</i>	<input type="checkbox"/>	
		<i>Hora de toma de la grabación</i>	<input type="checkbox"/>	
	14D	<i>Muestra de Esputo por Laboratorio: Dr. Moore</i>	<input type="checkbox"/>	
		<i>Hora de toma de la muestra:</i>	<input type="checkbox"/>	
	14E	<i>BK: Resultado:</i>		<input type="checkbox"/>
		<i>BK: Fecha del Resultado:</i>		<input type="checkbox"/>
		<i>BK: Nombre del Recipiente del Resultado:</i>		<input type="checkbox"/>
	14F	<i>MODS: Resultado:</i>		<input type="checkbox"/>
		<i>MODS: Resultados susceptibilidades</i>		<input type="checkbox"/>
	14G	<i>Rifampicina:</i>		<input type="checkbox"/>
	14H	<i>Isoniazida:</i>		<input type="checkbox"/>
		<i>MODS: Fecha del Resultado:</i>		<input type="checkbox"/>
		<i>MODS: Nombre del Recipiente del Resultado:</i>		<input type="checkbox"/>
	14I	<i>Muestra de Esputo por Laboratorio: Dr. Evans</i>	<input type="checkbox"/>	
		<i>Hora de toma de la muestra:</i>	<input type="checkbox"/>	
	14J	<i>Resultado Prueba Cuantitativa:</i>		<input type="checkbox"/>
		<i>Fecha del Resultado:</i>		<input type="checkbox"/>
		<i>Nombre del Recipiente del Resultado</i>		<input type="checkbox"/>
	14K	<i>Muestra aerosol I.</i>	<input type="checkbox"/>	
		<i>Hora de toma de la muestra:</i>	<input type="checkbox"/>	
	14L	<i>Resultado:</i>		<input type="checkbox"/>
		<i>Fecha del Resultado:</i>		<input type="checkbox"/>
		<i>Nombre del Recipiente del Resultado</i>		<input type="checkbox"/>
	14M	<i>Muestra aerosol II.</i>	<input type="checkbox"/>	
		<i>Hora de toma de la muestra:</i>	<input type="checkbox"/>	

14N	Resultado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14O	Temperatura maxima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14P	Temperatura minima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14Q	Temperatura cerca de la 8 am:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14R	Peso:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14S	1st circunferencia de la cadera	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14T	2nd circunferencia de la cadera	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14U	1st circunferencia de la cintura	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14V	2nd circunferencia de la cintura	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14W	Presion arterial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14X	Prueba de alimentación con yogurt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21	21A	Cuestionario de Síntomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21B	Grabación de Audio 4h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21C(a)	Muestra de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21C(b)	Toma de la glucosa central	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21C(c)	Muestra de Orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21C(d)	Analisis de Bioimpedancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la grabación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21D	Muestra de Esputo por Laboratorio: Dr. Moore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21E	BK: Resultado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		BK: Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		BK: Nombre del Recipiente del Resultado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21F	MODS: Resultado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		MODS: Resultados susceptibilidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21G	Rifampicina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21H	Isoniazida:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		MODS: Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		MODS: Nombre del Recipiente del Resultado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21I	Muestra de Esputo por Laboratorio: Dr. Evans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21J	Resultado Prueba Cuantitativa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21K	Muestra aerosol I.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21L	Resultado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21M	Muestra aerosol II.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21N	Resultado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
	Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>
21O	Temperatura maxima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
21P	Temperatura minima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
21Q	Temperatura cerca de la 8 am:	<input type="checkbox"/>
21R	Peso:	<input type="checkbox"/>
21S	1st circunferencia de la cadera	<input checked="" type="checkbox"/>
21T	2nd circunferencia de la cadera	<input checked="" type="checkbox"/>
21U	1st circunferencia de la cintura	<input checked="" type="checkbox"/>
21V	2nd circunferencia de la cintura	<input checked="" type="checkbox"/>
21W	Presion arterial	<input checked="" type="checkbox"/>
21X	Prueba de alimentacion con yogurt	<input checked="" type="checkbox"/>

28	28A	Cuestionario de Síntomas	<input type="checkbox"/>
	28B	Grabación de Audio 4h	<input type="checkbox"/>
	28C(a)	Muestra de Sangre	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	28C(b)	Toma de la glucosa central	<input checked="" type="checkbox"/>
	28C(c)	Gotas de Sangre Seca	<input checked="" type="checkbox"/>
	28C(d)	Muestra de Orina	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	28C(e)	Analisis de Bioimpedancia	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la grabación	<input type="checkbox"/>
	28D	Muestra de Esputo por Laboratorio: Dr. Moore	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	28E	BK: Resultado:	<input type="checkbox"/>
		BK: Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
		BK: Nombre del Recipiente del Resultado:	<input type="checkbox"/>
	28F	MODS: Resultado:	<input type="checkbox"/>
		MODS: Resultados susceptibilidades	<input type="checkbox"/>
	28G	Rifampicina:	<input type="checkbox"/>
	28H	Isoniazida:	<input type="checkbox"/>
		MODS: Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
		MODS: Nombre del Recipiente del Resultado:	<input type="checkbox"/>
	28I	Muestra de Esputo por Laboratorio: Dr. Evans	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	28J	Resultado Prueba Cuantitativa:	<input type="checkbox"/>
		Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
		Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>
	28K	Muestra aerosol I.	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	28L	Resultado:	<input type="checkbox"/>
		Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
		Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>
	28M	Muestra aerosol II.	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	28N	Resultado:	<input type="checkbox"/>

	Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
	Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>
28O	Temperatura maxima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
28P	Temperatura minima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
28Q	Temperatura cerca de la 8 am:	<input type="checkbox"/>
28R	Peso:	<input type="checkbox"/>
28S	Tarjeta de Regalo	<input type="checkbox"/>
28T	1st circunferencia de la cadera	<input type="checkbox"/>
28U	2nd circunferencia de la cadera	<input type="checkbox"/>
28V	1st circunferencia de la cintura	<input type="checkbox"/>
28W	2nd circunferencia de la cintura	<input type="checkbox"/>
28X	Presion arterial	<input type="checkbox"/>
28Y	Prueba de alimentacion con yogurt	<input type="checkbox"/>

42	42A	Cuestionario de Síntomas	<input type="checkbox"/>
	42B	Grabación de Audio 4h	<input type="checkbox"/>
	42C(a)	Muestra de Sangre	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	42C(b)	Toma de la glucosa central	<input checked="" type="checkbox"/>
	42C(c)	Muestra de Orina	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	42C(d)	Analisis de Bioimpedancia	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la grabación	<input type="checkbox"/>
	42D	Muestra de Esputo por Laboratorio: Dr. Moore	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	42E	BK: Resultado:	<input type="checkbox"/>
		BK: Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
		BK: Nombre del Recipiente del Resultado:	<input type="checkbox"/>
	42F	MODS: Resultado:	<input type="checkbox"/>
		MODS: Resultados susceptibilidades	<input type="checkbox"/>
	42G	Rifampicina:	<input type="checkbox"/>
	42H	Isoniazida:	<input type="checkbox"/>
		MODS: Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
		MODS: Nombre del Recipiente del Resultado:	<input type="checkbox"/>
	42I	Muestra de Esputo por Laboratorio: Dr. Evans	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	42J	Resultado Prueba Cuantitativa:	<input type="checkbox"/>
		Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
		Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>
	42K	Muestra aerosol I.	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	42L	Resultado:	<input type="checkbox"/>
		Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
		Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>
	42M	Muestra aerosol II.	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	42N	Resultado:	<input type="checkbox"/>

	Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
	Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>
42O	Temperatura maxima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
42P	Temperatura minima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
42Q	Temperatura cerca de la 8 am:	<input type="checkbox"/>
42R	Peso:	<input type="checkbox"/>
42S	1st circunferencia de la cadera	<input checked="" type="checkbox"/>
42T	2nd circunferencia de la cadera	<input checked="" type="checkbox"/>
42U	1st circunferencia de la cintura	<input checked="" type="checkbox"/>
42V	2nd circunferencia de la cintura	<input checked="" type="checkbox"/>
42W	Presion arterial	<input checked="" type="checkbox"/>
42X	Prueba de alimentación con yogur	<input checked="" type="checkbox"/>

60	60A	Cuestionario de Síntomas	<input type="checkbox"/>
	60B	Grabación de Audio 4h	<input type="checkbox"/>
	60C(a)	Muestra de Sangre	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	60C(b)	Toma de la glucosa central:	<input checked="" type="checkbox"/>
	60C(c)	Muestra de Orina	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	60C(d)	Analisis de Bioimpedancia	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la grabación	<input type="checkbox"/>
	60D	Muestra de Esputo por Laboratorio: Dr. Moore	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	60E	BK: Resultado:	<input type="checkbox"/>
		BK: Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
		BK: Nombre del Recipiente del Resultado:	<input type="checkbox"/>
	60F	MODS: Resultado:	<input type="checkbox"/>
		MODS: Resultados susceptibilidades	<input type="checkbox"/>
	60G	Rifampicina:	<input type="checkbox"/>
	60H	Isoniazida:	<input type="checkbox"/>
		MODS: Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
		MODS: Nombre del Recipiente del Resultado:	<input type="checkbox"/>
	60I	Muestra de Esputo por Laboratorio: Dr. Evans	<input type="checkbox"/>
		Hora de tomo de muestra:	<input type="checkbox"/>
	60J	Resultado Prueba Cuantitativa:	<input type="checkbox"/>
		Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
		Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>
	60K	Muestra aerosol I.	<input type="checkbox"/>
		Hora de toma de la muestra:	<input type="checkbox"/>
	60L	Resultado:	<input type="checkbox"/>
		Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>
		Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>
	60M	Muestra aerosol II.	<input type="checkbox"/>
		Hora de tomo de muestra:	<input type="checkbox"/>
	60N	Resultado:	<input type="checkbox"/>
		Fecha del Resultado:	<input type="checkbox"/>

	Nombre del Recipiente del Resultado	<input type="checkbox"/>
60O	Temperatura maxima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
60P	Temperatura minima en las 24h anteriores:	<input type="checkbox"/>
60Q	Temperatura cerca de la 8 am:	<input type="checkbox"/>
60R	Peso:	<input type="checkbox"/>
60S	Tarjeta de Regalo	<input type="checkbox"/>
60T	1st circunferencia de la cadera	<input checked="" type="checkbox"/>
60U	2nd circunferencia de la cadera	<input checked="" type="checkbox"/>
60V	1st circunferencia de la cintura	<input checked="" type="checkbox"/>
60W	2nd circunferencia de la cintura	<input checked="" type="checkbox"/>
60X	Presion arterial	<input checked="" type="checkbox"/>
60Y	Prueba de alimentacion con yogurt	<input checked="" type="checkbox"/>