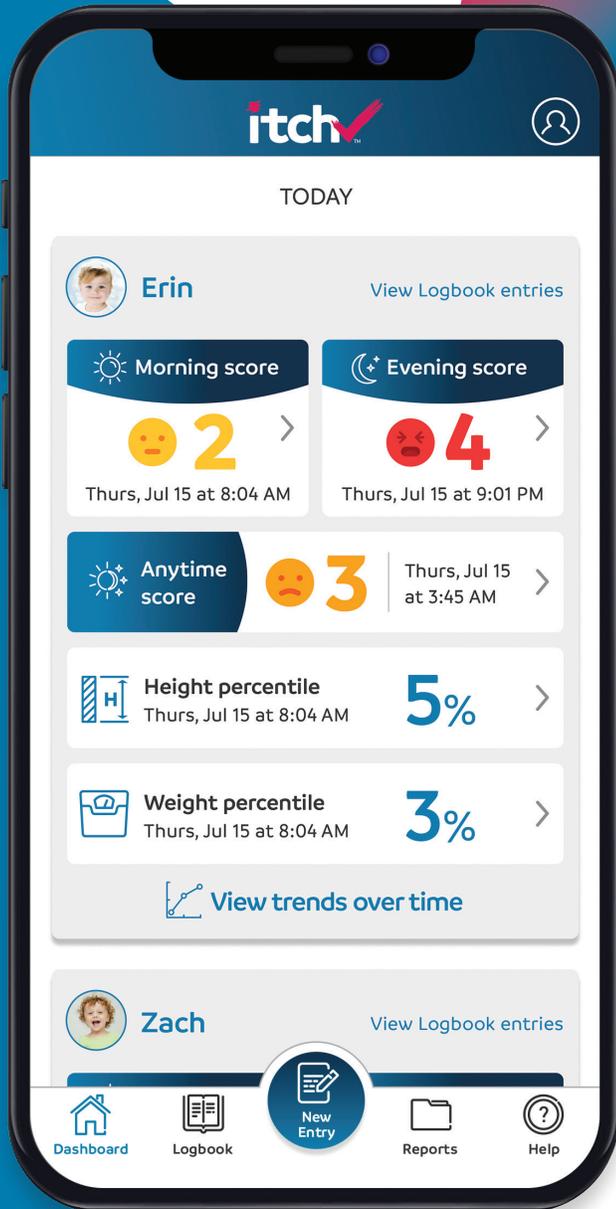


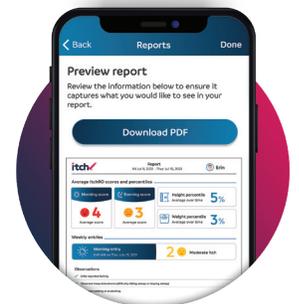


Check it. Chart it. Discuss it.



Pruebe Itch✓ en su iPhone® con una gama aún más amplia de funciones

- Cree una entrada más detallada:
 - Cargando fotos de observaciones notables
 - Introduciendo mediciones de estatura y peso
- Descargando informes semanales para compartirlos con su médico en su próxima visita.
- Recibiendo recordatorios diarios para saber cuándo es el momento de crear una nueva entrada.
- ¿Tiene más de un niño a su cuidado? Manténgase organizado con registros separados para cada uno de sus hijos



Obtenga más información en [ItchCheck.com](https://www.ItchCheck.com)



© 2021 – Mirum Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados. US-LIV-2100123 01/2022

El logotipo de Apple®, App Store® y iPhone® son marcas comerciales registradas de Apple Inc.

Diario de Itch✓

Use su diario de Itch✓ dos veces al día, una vez por la mañana y otra por la noche, para crear un registro detallado de los síntomas de su hijo/a y sus observaciones. Asegúrese de llevar su diario para compartirlo con su médico en las próximas citas.

Siga los 4 simples pasos del siguiente ejemplo.



Check it. Chart it. Discuss it.

Entrada de ejemplo

Paso 1.

Fecha la entrada, luego elija un tipo de entrada e introduzca la hora:

✦ **Entrada de la mañana:** La conducta de picazón de su hijo/a durante la noche anterior (desde que se acostó hasta que se despertó).

✦ **Entrada de la noche:** La conducta de picazón de su hijo/a a lo largo del día (desde la mañana hasta la hora de acostarse).

✦ **Entrada a cualquier hora:** La conducta de picazón de su hijo/a fuera de la entrada de la mañana y de la entrada de la noche.

Paso 2.

Seleccione un puntaje en función de la intensidad de la picazón de su hijo/a:

En función de las observaciones o de lo que le contó su hijo/a sobre su picazón, ¿cuán graves fueron los síntomas relacionados con la picazón de su hijo/a (frotamiento, rascado, daño en la piel, trastornos del sueño o irritabilidad)?

Paso 3.

Anote todas las observaciones que contribuyeron a su respuesta.

Fecha 07/15/21

Tipo de entrada y puntaje de la picazón

Mañana	Noche	A cualquier hora (A. M./P. M.)	
8 : 23	7 : 47	3 : 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 Ninguna 😊
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Picazón leve 😊
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Picazón moderada 😐
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Picazón intensa 😞
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4 Picazón muy intensa 😡

Observaciones

Mañana	Noche	A cualquier hora (A. M./P. M.)	
8 : 23	7 : 47	3 : 19	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El niño/La niña informó picazón
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Se observó trastorno del sueño (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Se observó frotamiento o rascado
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observaron nuevas marcas o empeoramiento de las marcas en la piel debido al frotamiento o rascado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Se observó irritabilidad, susceptibilidad

Paso 4.

Cree una entrada más detallada para compartir con su médico:

Agregue información adicional, como temperatura, clima, vestimenta y otros síntomas que su hijo/a esté teniendo.

Notas

✦ La temperatura y el clima fueron... ✦ Mi hijo/a llevaba puesto... ✦ Otros síntomas...

¿Necesita más páginas para el diario de Itch✓?

Visite ItchCheck.com

Fecha ___/___/___

Tipo de entrada y puntaje de la picazón

Mañana	Noche	A cualquier hora (A. M./P. M.)		
___:___	___:___	___:___	A. M./P. M.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 Ninguna	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Picazón leve	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Picazón moderada	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Picazón intensa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Picazón muy intensa	

Observaciones

Mañana	Noche	A cualquier hora (A. M./P. M.)	
___:___	___:___	___:___	A. M./P. M.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El niño/La niña informó picazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó trastorno del sueño (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó frotamiento o rascado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observaron nuevas marcas o empeoramiento de las marcas en la piel debido al frotamiento o rascado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó irritabilidad, susceptibilidad

Fecha ___/___/___

Tipo de entrada y puntaje de la picazón

Mañana	Noche	A cualquier hora (A. M./P. M.)		
___:___	___:___	___:___	A. M./P. M.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 Ninguna	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Picazón leve	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Picazón moderada	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Picazón intensa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Picazón muy intensa	

Observaciones

Mañana	Noche	A cualquier hora (A. M./P. M.)	
___:___	___:___	___:___	A. M./P. M.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El niño/La niña informó picazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó trastorno del sueño (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó frotamiento o rascado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observaron nuevas marcas o empeoramiento de las marcas en la piel debido al frotamiento o rascado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó irritabilidad, susceptibilidad

Fecha ___/___/___

Tipo de entrada y puntaje de la picazón

Mañana	Noche	A cualquier hora (A. M./P. M.)		
___:___	___:___	___:___	A. M./P. M.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 Ninguna	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Picazón leve	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Picazón moderada	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Picazón intensa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Picazón muy intensa	

Observaciones

Mañana	Noche	A cualquier hora (A. M./P. M.)	
___:___	___:___	___:___	A. M./P. M.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El niño/La niña informó picazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó trastorno del sueño (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó frotamiento o rascado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observaron nuevas marcas o empeoramiento de las marcas en la piel debido al frotamiento o rascado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó irritabilidad, susceptibilidad

Fecha ___/___/___

Tipo de entrada y puntaje de la picazón

Mañana	Noche	A cualquier hora (A. M./P. M.)		
___:___	___:___	___:___	A. M./P. M.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 Ninguna	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Picazón leve	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Picazón moderada	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Picazón intensa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Picazón muy intensa	

Observaciones

Mañana	Noche	A cualquier hora (A. M./P. M.)	
___:___	___:___	___:___	A. M./P. M.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El niño/La niña informó picazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó trastorno del sueño (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó frotamiento o rascado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observaron nuevas marcas o empeoramiento de las marcas en la piel debido al frotamiento o rascado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó irritabilidad, susceptibilidad

Fecha ___/___/___

Tipo de entrada y puntaje de la picazón

Mañana	Noche	A cualquier hora (A. M./P. M.)		
___:___	___:___	___:___	A. M./P. M.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 Ninguna	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Picazón leve	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Picazón moderada	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Picazón intensa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Picazón muy intensa	

Observaciones

Mañana	Noche	A cualquier hora (A. M./P. M.)	
___:___	___:___	___:___	A. M./P. M.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El niño/La niña informó picazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó trastorno del sueño (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó frotamiento o rascado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observaron nuevas marcas o empeoramiento de las marcas en la piel debido al frotamiento o rascado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó irritabilidad, susceptibilidad

Fecha ___/___/___

Tipo de entrada y puntaje de la picazón

Mañana	Noche	A cualquier hora (A. M./P. M.)		
___:___	___:___	___:___	A. M./P. M.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 Ninguna	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Picazón leve	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Picazón moderada	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Picazón intensa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Picazón muy intensa	

Observaciones

Mañana	Noche	A cualquier hora (A. M./P. M.)	
___:___	___:___	___:___	A. M./P. M.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El niño/La niña informó picazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó trastorno del sueño (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó frotamiento o rascado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observaron nuevas marcas o empeoramiento de las marcas en la piel debido al frotamiento o rascado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó irritabilidad, susceptibilidad

Fecha ___/___/___

Tipo de entrada y puntaje de la picazón

Mañana	Noche	A cualquier hora (A. M./P. M.)		
___:___	___:___	___:___	A. M./P. M.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 Ninguna	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Picazón leve	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Picazón moderada	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Picazón intensa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Picazón muy intensa	

Observaciones

Mañana	Noche	A cualquier hora (A. M./P. M.)	
___:___	___:___	___:___	A. M./P. M.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El niño/La niña informó picazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó trastorno del sueño (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó frotamiento o rascado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observaron nuevas marcas o empeoramiento de las marcas en la piel debido al frotamiento o rascado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó irritabilidad, susceptibilidad

Notas