



Registro de No Uso del activPAL

ID del participante: _____

Queremos que use el dispositivo activPAL todo el tiempo, pero, si necesita quitárselo de la pierna durante un minuto o dos, comuníquenoslo completando el registro a continuación:

Fecha:	Hora a la que se quitó el dispositivo activPAL	Hora a la que se volvió a colocar el dispositivo activPAL	Motivo por el que se lo quitó (opcional)
___/___/____	___:___ a. m./p. m.	___:___ a. m./p. m.	
___/___/____	___:___ a. m./p. m.	___:___ a. m./p. m.	
___/___/____	___:___ a. m./p. m.	___:___ a. m./p. m.	
___/___/____	___:___ a. m./p. m.	___:___ a. m./p. m.	

Devuelva los dispositivos y los registros el: ___/___/____

Traiga este formulario cuando devuelva los dispositivos al final del período de 8 días.