













What would YOU like to do This Week to Improve Your Health?

 <p>Exercise</p>	 <p>Set Personal Goals</p>	 <p>Take Medicine Properly</p>
 <p>Quit Smoking</p>	 <p>Maintain a Healthy Body Weight</p>	 <p>Check Blood Sugar</p>
 <p>Decrease Alcohol</p>	 <p>Eye Exam Each Year</p>	 <p>Drink More Water Instead of beverage with sugar</p>
 <p>Have a Healthy Diet Decrease sugar/salt/fat/ Cholesterol intake</p>	 <p>Check feet daily</p>	 <p>Set time for relaxing</p>

I _____ agree to do at least one of the above to improve my health.

Phone: _____

Activity: _____ When: _____

How Much: _____ How Often: _____












How likely is it that you can achieve this goal this week on a scale of 1 to 10.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Goal accomplished: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Date Patient Contacted: _____ Staff Signature: _____

Que Quisiera Usted Hacer esta Semana para Mejorar Su Salud?

 <p>Hacer Mas Ejercicio</p>	 <p>Fije Metas</p>	 <p>Tome Su Medicinas Regularmente</p>
 <p>Dejar de fumar</p>	 <p>Mantenga Un Peso Saludable</p>	 <p>Revise Su Nivel de Azucar diariamente</p>
 <p>Limite Bebidas Alcoholicas</p>	 <p>Examine Su Ojos Anualmente</p>	 <p>Tome Mas Agua En vez de bebidas que contengan azucar</p>
 <p>Mantenga Una Dieta Saludable (desminuya grasas/azucar/sal y almidones en su dieta)</p>	 <p>Revise Sus Pies Diariamente</p>	 <p>Fije Un Tiempo Para Relajarse</p>

Yo _____ me comprometo por lo menos hacer una meta para mejorar mi salud.

Numero de teléfono: _____

Actividad: _____

Cuando: _____

Cuanto tiempo : _____

Cuantas veces: _____

Que probabilidad hay que Usted pueda cumplir su meta en esta semana?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Goal accomplished: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Date Patient Contacted: _____

Staff Signature: _____

