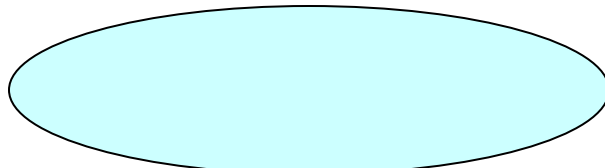


Fecha de Hoy: _____

¿Qué Quisiera Usted Hacer esta Semana para Mejorar Su Salud?

Escoja y escriba su Plan de Acción abajo. Incluya:



Esta semana voy a:

¿Qué? _____

¿Cuánto? _____

¿Cuándo? _____

¿Dónde? _____

Hacer Más
Actividad

Tome Medicinas
Regularmente

Rebajando
Estrés

Chequear
Azúcar En
La Sangre

Bajar/ Dejar
un Habito
Malo

Dieta Saludable

(Come más verduras;
Desminuya grasas, azucar,
almidones;
Tome más aqua)

Aprender
Solucionar
Problemas

¿Que tan seguro está Usted de llevar a cabo en esta semana la meta? 0 —→ 10

0 es Nada; 10 es Muy probable (Circule uno de los numero)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Podemos chequear con usted sobre su progreso en una o dos semanas? Si

Telefono: () _____ - _____

Nombre: _____

Proveedor: _____