

	Cosas que haré.	Fecha en que comenzaré	Fechas de control (aún trabajando/manteniendo buenos hábitos)					
	Controlaré el azúcar en mi sangre según las instrucciones.							
	Tomaré mi medicamento							
	Tomaré una aspirina al día si se me indica hacerlo.							
	Haré ejercicio durante ____ min. ____ días/semana. Mi ejercicio será _____.							
	Bajaré ____ libras en ____ meses.							
	Comeré 3 comidas y ____ meriendas sanas al día.							
	Usaré aceite de oliva/canola.							
	Renunciaré a las bebidas gaseosas con azúcar.							
	Dejaré/reduciré el consumo de sal.							
	Consumiré porciones más pequeñas.							
	Dejaré de fumar o reduciré el consumo de tabaco.							
	Revisaré mis pies en forma diaria.							
	Siempre estaré calzado con zapatos o pantuflas. Usaré calcetines con mis zapatos.							

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Expediente No. _____

Salmon copy for chart; white for patient