

Receta médica para LiVe Well

MI NOMBRE: _____ MI MÉDICO: _____ FECHA DE HOY: _____

MI PUNTO DE PARTIDA: Nivel de actividad: _____ minutos/semana Peso: _____ libras Sueño: _____ horas/día

MIS PRINCIPALES ZONAS DE RIESGO Y POSIBLES METAS



Actividad física

- Actividad física aeróbica moderada a alta:**
Caminar rápido o _____
Días/semana _____ x Minutos/día _____
= Total de minutos por semana: _____ (aumentar al menos a 150)
- Entrenamiento de fuerza 2 o más días por semana:**
Qué: _____
- Reducir el total de horas sentado de**
de _____ horas por día a _____ horas por día
- Reducir el tiempo de pantalla** (televisión videojuegos,
Internet) de _____ horas por día a _____ horas por día
- Otro:** _____



Nutrición

- Desayunar de forma saludable** _____ veces por semana
- Comer o beber MÁS de estos:**
 - frutas: _____ porciones/día
 - verduras: _____ porciones/día
 - otro: _____
- Comer o beber MENOS de estos:**
 - bebidas azucaradas - menos de _____ porciones 12 oz/semana
 - otro: _____
- Comer juntos en familia** _____ veces por semana
- Llevar un diario de alimentos** durante _____ días
- Reducir las porciones** usando un plato más pequeño o: _____
- Otro:** _____



Otros factores importantes del estilo de vida

- Dormir** _____ horas por noche _____ noches
por semana (intentar dormir 7 a 9 horas cada noche)
- Controlar el estrés** con: _____
- Buscar un amigo** o familiar que apoye mi compromiso:
Quién: _____
- Reducir el consumo de alcohol** a menos de _____ bebidas
por semana
- Dejar el tabaco:** Método: _____ Fecha: _____
- Premiarme** por los pequeños cambios y logros
Cómo: _____
- Otro:** _____



Control del peso

- Bajar** _____ % del peso corporal o _____ libras
para el _____ (fecha)
- Registrar mi peso** al menos una vez por semana durante
_____ semanas
- Registrar mi consumo de alimentos** a diario durante _____ días
 - Meta calorías/día: _____
 - Meta carbohidratos gr/día: _____
- Registrar mi actividad física diaria** durante _____ semanas
Meta minutos/semana: 250 300 Otro: _____
- Otro:** _____

META PRINCIPAL y RECETA MÉDICA

Meta principal en la que estamos de acuerdo mi médico y yo: _____

Recursos para la educación del paciente: Folletos entregados: _____

Referencias: Orientación de nutrición: *Nutriólogo (dietista)* _____ Teléfono _____
 Programa *Peso para la Salud:* *Ubicación* _____ Teléfono _____
 Otro: _____

Método de registro: _____ **Informar o dar seguimiento:** En _____ semanas/meses con _____

Firmado por: _____ (paciente) _____ (proveedor) _____ (fecha)



Pt Inst 50280

Give the patient a copy of this Rx, and keep a copy in the patient's chart.

© 2013 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados. Patient and Provider Publications 801-442-2963 CPM015FS - 05/13 (Spanish Translation 07/13 by Lingotek, Inc.)

