

# Plan de Acción: Mi Receta para lograr un Peso Saludable

Fija metas tipo S.M.A.R.T: Ser específico (lo que vas a hacer y con que frecuencia), Medible (¿cómo sabrás si lo lograste cada día), Alcanzable (¿lo puedes hacer?), Razonable (¿lo puedes hacer a pesar de todo lo demás que hay que hacer?), y Tiempo Limitado (¿para cuándo alcanzarás tu meta?).

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Peso Actual: \_\_\_\_\_ IMC Actual: \_\_\_\_\_ Peso Meta: \_\_\_\_\_

Sería muy saludable para mi poder bajar entre el 5 y el 10 % de mi peso actual. Lograr mantener un peso saludable y ser más activo me ayudará a controlar otros problemas de salud, incluyendo:

- |   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto          | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Depresión   |
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial alta    | <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Asma/EOPC   |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Apnea (SAOS) | <input type="checkbox"/> Artritis               | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

**Mi peso meta es \_\_\_\_\_ y voy a lograr esta meta para el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ siguiendo mi Plan de Acción.**

## Mi Plan de Acción

Mi Plan de Acción consiste en seguir los pasos a los que me he comprometido y en recibir el apoyo que me brindarán los médicos y otros profesionales de salud. Las dos partes son importantes para ayudarme a lograr mis metas.

### 1. Lo que voy a hacer

#### Mis Metas de Nutrición

**Voy a:**

- Apuntar en un diario todo lo que consumo. Opcional: Comer \_\_\_\_\_ calorías o \_\_\_\_\_ puntos por día.
- Compartir o traer la mitad del platillo principal a casa cuando como fuera.
- Reducir el uso de grasas adicionales como el aderezo para ensaladas, la mayonesa, la mantequilla de cacahuate, la margarina, la mantequilla y el aceite.
- Comer cinco porciones de frutas y verduras al día.
- Reemplazar con agua o sustitutos de bajas calorías, las bebidas dulces como el refresco, las bebidas de cafeína o de frutas.
- Evitar comer comida rápida.
- Otro: \_\_\_\_\_

#### Mis Metas de Actividad Física

**Voy a:**

- Usar las escaleras cuando sea posible.
- Usar un podómetro para contar mis pasos. Caminar 8,000 a 10,000 pasos por día.
- Caminar la milla a la tienda en vez de manejar.
- Caminar/ Andar en Bicicleta/ Nadar \_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_ veces por semana.
- Estacionar el coche lejos de la entrada al lugar donde voy.
- Otro: \_\_\_\_\_

### 2. Apoyo de mi equipo de salud - Care Team

- Referencia para un médico:
  - » Nombre: \_\_\_\_\_
  - » Número de teléfono: \_\_\_\_\_
- Medicinas – con receta o sin receta: \_\_\_\_\_
- Referencias para recursos en la comunidad: \_\_\_\_\_

Entiendo que será importante mantener un tratamiento de seguimiento mientras estoy perdiendo peso. Estoy de acuerdo en hacer una cita con \_\_\_\_\_ cada \_\_\_\_\_ semanas. Si entre visitas tengo preguntas u otras preocupaciones, debo llamar \_\_\_\_\_ . Número de teléfono: \_\_\_\_\_ .