

Seguimiento de sus hábitos de 1 semana



Nutrición. Coma más frutas, verduras y otros alimentos con alto contenido de fibra. Preste atención al tamaño de las porciones, y disminuya el consumo de dulces. Dése una ★ cuando come con su familia.

Mi meta diaria: _____

Mi meta para esta semana: _____

Actividad. Realice en por lo menos 150 minutos de actividad aeróbica a la semana o 250 a 300 minutos si usted quiere perder peso o mantener la pérdida de peso. Siéntese menos y moverse más durante todo el día.

Mi meta para esta semana: _____

Peso. Si necesita perder peso, tómelo con calma. Una o dos libras a la semana es una buena meta. Pésese una vez a la semana.

Mi peso hoy: _____

Mi meta para esta semana: _____

Consejos para el seguimiento

- **Realice un seguimiento de lo que es importante para usted.** Puede hacer un seguimiento de sus calorías. O puede hacer un seguimiento de otros nutrientes como los carbohidratos, las proteínas, la fibra o la sal. Y no se olvide de dormir. Usted puede ser sorprendido por la forma en que su sueño puede afectar sus hábitos de salud.
- **Sea honesto.** Usted no necesita impresionar a nadie. Tan solo necesita un registro preciso de sus decisiones diarias.
- **No omita nada.** Anote todo lo que se lleva a la boca, especialmente cuando no quiere. Incluya el tamaño de las porciones.
- **Vuelva a evaluar sus objetivos.** Recuerde cual es su objetivo, y sea constante. Día a día PUEDE mejorar sus hábitos y su salud.

Fecha: _____ (encierre en un círculo) L M M J V S S Sueño: Número de horas que dormí anoche: _____

★ Comida si sin distracciones	Alimentos (tamaño de la porción)	También estoy siguiendo <input type="checkbox"/> _____	Verduras	Actividad
Desayuno			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Actividad: _____ Minutos: _____ (apunte alto)
Almuerzo			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Intensidad: <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Vigoroso
Cena			Frutas	Horas sentado (apunte alto) _____ en el trabajo/escuela
Bocadillos			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ fuera del trabajo/escuela

Fecha: _____ (encierre en un círculo) L M M J V S S Sueño: Número de horas que dormí anoche: _____

★ Comida si sin distracciones	Alimentos (tamaño de la porción)	También estoy siguiendo <input type="checkbox"/> _____	Verduras	Actividad
Desayuno			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Actividad: _____ Minutos: _____ (apunte alto)
Almuerzo			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Intensidad: <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Vigoroso
Cena			Frutas	Horas sentado (apunte alto) _____ en el trabajo/escuela
Bocadillos			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ fuera del trabajo/escuela

Fecha: _____ (encierre en un círculo) L M M J V S S Sueño: Número de horas que dormí anoche: _____

★ Comida si sin distracciones	Alimentos (tamaño de la porción)	También estoy siguiendo <input type="checkbox"/> _____	Verduras	Actividad
Desayuno			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Actividad: _____ Minutos: _____ (apunte alto)
Almuerzo			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Intensidad: <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Vigoroso
Cena			Frutas	Horas sentado (apunte alto) _____ en el trabajo/escuela
Bocadillos			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ fuera del trabajo/escuela

Fecha: _____ (encierre en un círculo) **L M M J V S S** Sueño: Número de horas que dormí anoche: _____

★ Comida si sin distracciones	Alimentos (tamaño de la porción)	También estoy siguiendo <input type="checkbox"/> _____	Verduras	Actividad
			Desayuno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Almuerzo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Minutos: _____ (apunte alto)		
Cena	Frutas	Intensidad: <input type="checkbox"/> Ligero		
Bocadillos		<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Vigoroso		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Horas sentado (apunte alto)		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ en el trabajo/escuela		
		_____ fuera del trabajo/escuela		

Fecha: _____ (encierre en un círculo) **L M M J V S S** Sueño: Número de horas que dormí anoche: _____

★ Comida si sin distracciones	Alimentos (tamaño de la porción)	También estoy siguiendo <input type="checkbox"/> _____	Verduras	Actividad
			Desayuno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Almuerzo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Minutos: _____ (apunte alto)		
Cena	Frutas	Intensidad: <input type="checkbox"/> Ligero		
Bocadillos		<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Vigoroso		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Horas sentado (apunte alto)		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ en el trabajo/escuela		
		_____ fuera del trabajo/escuela		

Fecha: _____ (encierre en un círculo) **L M M J V S S** Sueño: Número de horas que dormí anoche: _____

★ Comida si sin distracciones	Alimentos (tamaño de la porción)	También estoy siguiendo <input type="checkbox"/> _____	Verduras	Actividad
			Desayuno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Almuerzo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Minutos: _____ (apunte alto)		
Cena	Frutas	Intensidad: <input type="checkbox"/> Ligero		
Bocadillos		<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Vigoroso		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Horas sentado (apunte alto)		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ en el trabajo/escuela		
		_____ fuera del trabajo/escuela		

Fecha: _____ (encierre en un círculo) **L M M J V S S** Sueño: Número de horas que dormí anoche: _____

★ Comida si sin distracciones	Alimentos (tamaño de la porción)	También estoy siguiendo <input type="checkbox"/> _____	Verduras	Actividad
			Desayuno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Almuerzo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Minutos: _____ (apunte alto)		
Cena	Frutas	Intensidad: <input type="checkbox"/> Ligero		
Bocadillos		<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Vigoroso		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Horas sentado (apunte alto)		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ en el trabajo/escuela		
		_____ fuera del trabajo/escuela		

¿Cómo le fue esta semana? Calcule su éxito en cumplir las metas esta semana y siga su progreso a través del tiempo.

Días que cumplió las metas de nutrición				Días que cumplió las metas de actividad			Número de noches que dormía 7-9 horas	Hoy, mi peso es
Comió comida con la familia	Desayuno saludable	Verduras y frutas	Otras cosas que estoy siguiendo	Actividad física	Tiempo sentado en el trabajo	Tiempo no sentarse en el trabajo		