

Receta médica para una mejor salud

Mi nombre: _____ Mi médico: _____ Fecha de hoy: _____

Mi punto de partida: Nivel de actividad: _____ minutos/semana Peso: _____ libras Sueño: _____ horas/día

Metas para una vida más saludable



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 _____ horas por día a _____ horas por día
- ☐ Reducir el tiempo en la pantalla (televisión, video juegos, Internet)
de _____ horas por día a _____ horas por día
- ☐ Otro: _____



Estilo de vida

- ☐ Dormir _____ horas por noche _____ noches por semana (intente dormir de 7 a 9 horas cada noche)
- ☐ Controlar en estrés con: _____
- ☐ Buscar a un amigo o familiar que apoye mi objetivo:
Quién: _____
- ☐ Reducir el consumo de alcohol a menos de _____ bebidas por semana
- ☐ Dejar el tabaco: Método: _____ Fecha: _____
- ☐ Premiar me por los pequeños cambios y logros
Cómo: _____
- ☐ 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 de 12 onzas/semana
 - ☐ Otro: _____
- ☐ Comer una comida sin distinciones _____ veces/semana
- ☐ Llevar un diario de alimentos durante _____ días
- ☐ Reducir las porciones al usar un plato más pequeño o: _____
- ☐ Otro: _____



Peso

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

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

Recursos de educación para el paciente: ☐ Folletos entregados: _____

Referencias: ☐ Orientación de nutrición: Nutriólogo (dietista) _____ Teléfono _____
☐ Programa Weigh to Health: Ubicación _____ Teléfono _____
☐ Otro: _____

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

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

Entregue al paciente una copia de esta receta y guarde una copia en el expediente del paciente.

