

# Registro de hábitos de 6 semanas



- Tome decisiones sabias
- Manténgase físicamente activo
- Mantenga un peso sano
- Disfrute de la vida todos los días



Intermountain  
Health



## El hábito de la buena salud, ¡póngale ganas!

Use este registro para:

- Aprender cómo la actividad física, la buena nutrición, el sueño y mantener un buen peso trabajan juntos para mantener una buena salud.
- Registre sus actividades y decisiones de nutrición de cada día, y tenga una visión de sus decisiones.
- Fije metas, mantenga el curso, y vea su progreso hacia mejores hábitos, y mejor salud.

Nombre:

Teléfono:

## Contenido

¿Por qué llevar un registro? ... 3

Fije metas ..... 3

¿Qué funciona para  
llevar un peso saludable? ..... 4

Consejos para llevar  
un registro ..... 5

Registro de los nutrientes ..... 6

Páginas de registro  
diario ..... 7-50

Control semanal ..... 51-53

## ¿Por qué llevar un registro para su salud?

Prestar atención a sus decisiones puede ayudarle a tomar mejores decisiones.

### Una herramienta verdadera y probada. ¿Por qué?

Muchas personas que han tenido éxito manteniendo un peso saludable dicen que llevar un registro de la comida y los ejercicios es importante.

### ¿Por qué?

Parece que llevar un registro de decisiones ayuda a indentificar por qué toma las decisiones que toma. Esto lo saca de su “piloto automático” y le da una gran oportunidad de crear hábitos nuevos y mejores.

Use el gráfico de “Control semanal” y corrija sus metas tanto como sea necesario.

## Fije metas sepa cuál es su curso



**Meta de nutrición:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Meta de actividad:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Meta de peso:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Meta de sueño:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**coma una  
dieta  
saludable**



**pierda  
peso  
lentamente**



## Qué respalda a un buen peso

Muchos estudios muestran que el control de un peso exitoso depende de un par de medidas claves:

- **Comer comida saludable.** Las personas que mantienen un peso consistente por más de un año dicen que comen más frutas, verduras y alimentos altos en fibra. También prestan atención al tamaño de las porciones.
- **Ser físicamente activo.** La actividad física es el mejor determinante de una buena salud en general y mantenimiento de un peso constante. Aspire a hacer actividades aeróbicas moderadas por lo menos 30 minutos al día, todos los días. Aún más si está tratando de bajar de peso.
- **Si está tratando de bajar de peso, hágalo lentamente.** Las dietas drásticas raramente funcionan, y a menudo son peligrosas. Un buen objetivo es perder de 1 a 2 libras por semana. Solo un par de libras pueden resultar beneficios saludables.
- **Dormir bien.** No dormir lo suficiente aumenta la fatiga y el estrés, y ambos hacen que el control del peso sea más difícil.

A medida que empieza a registrar sus hábitos, tenga en mente un par de cosas. Primero, el control del peso significa cambiar su estilo de vida, no seguir una moda. Segundo, se hace más fácil a medida que avanza. Día a día, sus elecciones más saludables se convierten en hábitos.

## Desarrolle una coordinación entre “manos y ojos”

Usted puede usar su mano para calcular el tamaño de la porción. Esto es lo que debe de buscar:

Puñado	1 a 2 onzas
Puño	1 taza
Palma	3 onzas
Punta del pulgar	1 cucharadita
Pulgar	1 onza

Una vez que tiene una buena idea de cuán grande varias porciones pueden ser, no necesitará revisar más.

## Consejos para llevar un registro

Estas son algunas ideas para usar las páginas de registro:

- **Sea honesto.** Recuerde, usted no está haciendo esto para impresionar a nadie. Usted está tratando de entender sus propias decisiones.
- **Sea íntegro.** Escriba los detalles del tamaño de las porciones, las actividades, el registro de peso y el sueño.
- **Sea estratégico.** De vez en cuando, use el registro para ver si puede detectar patrones en sus decisiones diarias. ¿Qué estrategias puede idear para fomentar mejores hábitos para usted mismo?
- **Sea consecuente.** No importa que tipo de registro use, si usa este libro, una aplicación en el teléfono celular, o cualquier cosa que sea, solo intente hacerlo todos los días.
- **Revise sus metas.** Mantenga sus ojos en el premio, y continúe haciéndolos. Revise sus metas todos los días para mejorar sus hábitos y su salud.
- **Trabaje en el control del peso.** Si está trabajando hacia un peso saludable, suba a la báscula frecuentemente y use la tabla en el reverso de este libro para registrar su progreso. Para algunas personas, subir a la báscula no ayuda. Si usted es así, escoja otra meta saludable que pueda medir.

## ¿Está registrando algo en específico?

Pregunte a un nutricionista u otro proveedor de atención médica que le ayude a fijar una cantidad.

- Estoy registrando:

---

- La cantidad a la que aspiro cada día es:

---

- Esto me ayudará con:

---

## Registro de los nutrientes

Las siguientes páginas incluyen un espacio donde puede registrar la cantidad de cada nutriente específico en su dieta. Según las metas de salud y las recomendaciones de su nutricionista, puede que quiera registrar lo siguiente:

- **Calorías.** Si está tratando de controlar su peso, esto le ayudará a tener en cuenta cuántas calorías está consumiendo.
- **Proteínas.** La proteína es necesario para la salud, pero las necesidades de cada persona son diferentes. Hable con su nutricionista para un plan que se adecúe a sus necesidades.
- **Fibra.** El consumo adecuado de fibra puede ayudarle a disminuir el colesterol, estabilizar la glucosa en sangre y promover las evacuaciones con regularidad. La fibra también le puede ayudar a controlar el peso al hacerle sentir lleno por más largo tiempo.
- **Carbohidratos.** Su nutricionista puede recomendar que registre los carbohidratos para ayudarle a controlar la glucosa. Escoja carbohidratos que sean altos en fibra.
- **Grasa.** Si tiene un historial de colesterol alto o enfermedades cardíacas, es importante saber cuánta grasa y que tipos de grasa hay en los alimentos.
- **Sodio (sal).** Disminuir el sodio en su dieta puede ayudarle a controlar la presión arterial.

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____  fuera del trabajo o de la escuela



**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____  fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____  fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____  fuera del trabajo o de la escuela



**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____  fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____  fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____  fuera del trabajo o de la escuela



**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____  fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____  fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____  fuera del trabajo o de la escuela



**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____  fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____  fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____  fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela



**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____  fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____ en el trabajo o en la escuela
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____  fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela



**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

**Sueño:** número de horas que dormí anoche: \_\_\_\_\_

<b>Comida</b> ★ si no tuvo distracción	<b>Alimento</b> (tamaño de la porción)	<b>También estoy registrando</b> <input type="checkbox"/> _____	<b>Verduras</b>	<b>Actividad</b>
<b>Desayuno</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> _____  <b>Minutos:</b> (aspire alto) _____
<b>Almuerzo</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Intensidad:</b> <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigorosa
<b>Cena</b>			<b>Frutas</b>	<b>Horas sentado:</b> (aspire bajo) _____
<b>Bocadillos</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	en el trabajo o en la escuela  _____ fuera del trabajo o de la escuela

## Control semanal

Registre su éxito en cambiar sus hábitos.

Semana/ intervalo de fechas	Número de días que alcancé mis metas de nutrición				Número de días que alcancé mis metas de actividad			Número de noches que dormí de 7 a 9 horas	Si está registrando su peso
	Comidas sin distracción	Desayuno saludable	Verduras y frutas	Otras cosas que estoy registrando	Actividad física	Tiempo sentado en el trabajo	Tiempo sentado fuera del trabajo		

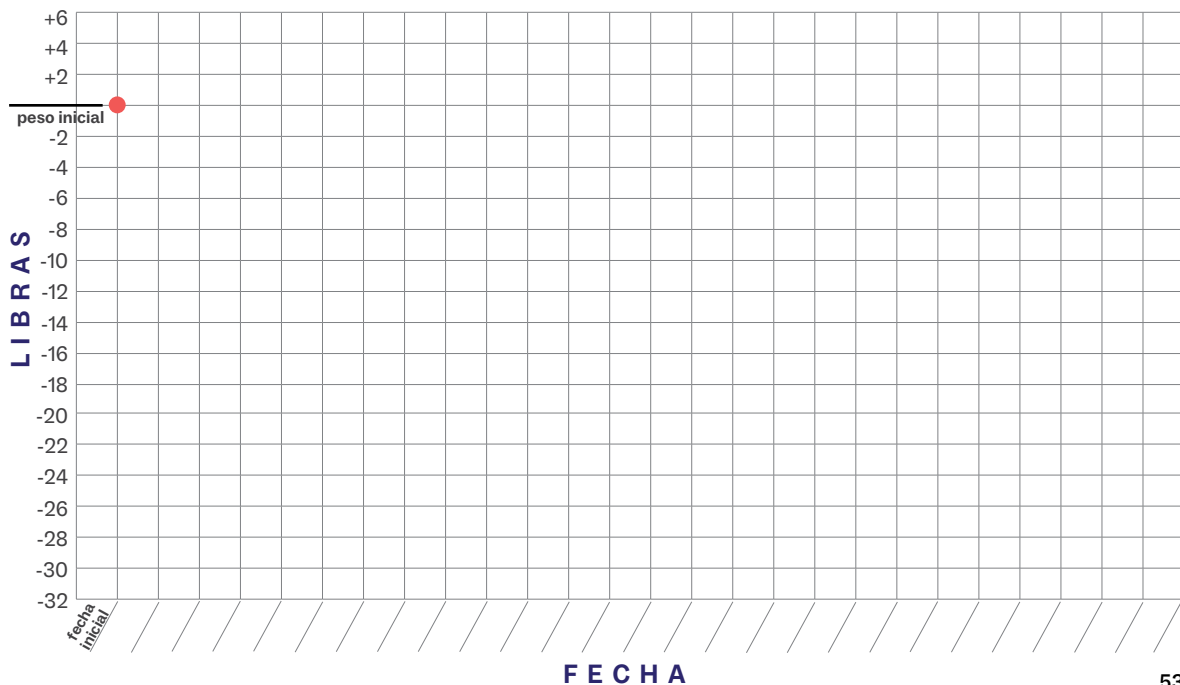
## Corrija sus metas

Use la tabla a continuación para registrar sus éxitos y corregir sus metas

[illegible]

## Registre su peso

Si pesarse usted mismo es lo mejor para usted, debe pesarse con regularidad, y registre el progreso.





© 2005–2025 Intermountain Health y SelectHealth. Todos los derechos reservados. El contenido del presente folleto tiene solamente fines informativos. No sustituye los consejos profesionales de un médico; tampoco debe utilizarse para diagnosticar o tratar un problema médico o enfermedad. Si tiene cualquier duda o inquietud, no dude en consultar a su proveedor de atención médica. HH005S – 06/25  
(Last reviewed - 00/25) (Spanish translation by CommGap)