

Registro de hábitos de 6 semanas



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





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 7-51

Control semanal 52-55

¿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**



**sea
activo**

**pierda
peso
lentamente**



**duerma
bien**



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: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

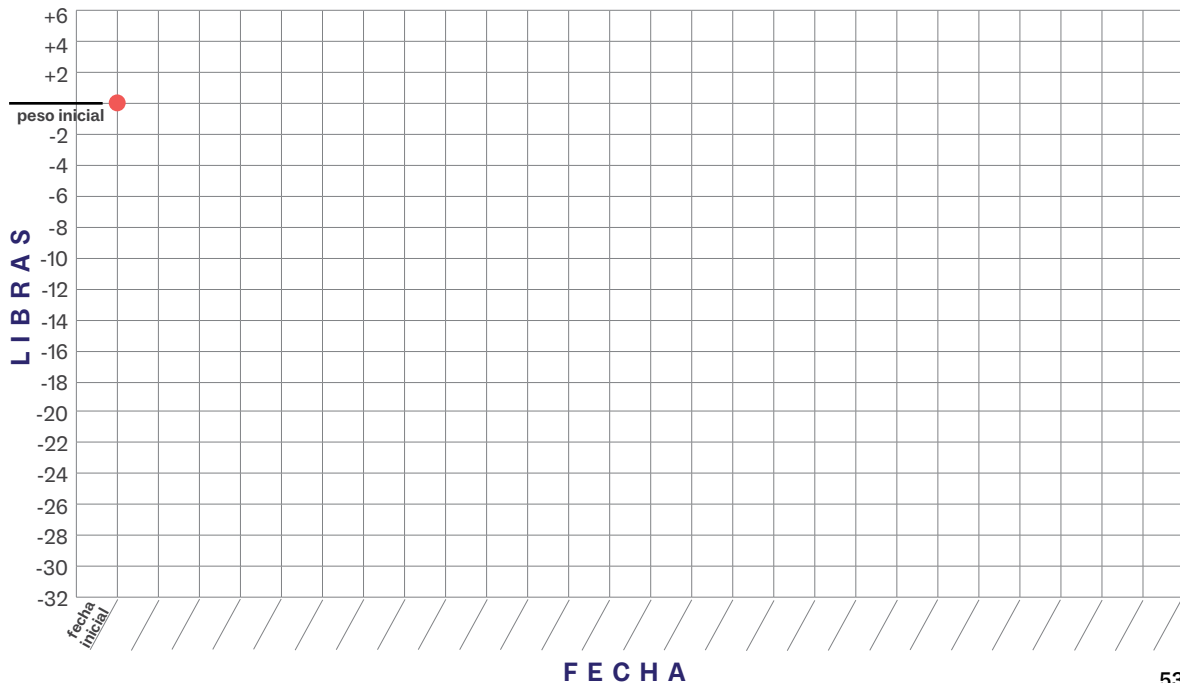
Fecha: _____ (Encierre en un círculo) **L M M J V S D**

Sueño: número de horas que dormí anoche: _____

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

Registre su peso

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





©2005 - 2023 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-06/23 (Spanish translation 06/23 by CommGap)