




LiVe Well Seguimiento de sus hábitos semanal

 **Nutrición.** Coma más frutas, verduras y otros alimentos con alto contenido de fibra. Préstele atención al tamaño de las porciones, y disminuya el consumo de dulces. Dése una ★ cuando come con su familia.
Mi meta diaria: _____
Mi meta para esta semana: _____

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

 **Peso.** Si necesita perder peso, tómelo con calma. Una o dos libras a la semana es una buena meta. Pésese una vez a la semana.
Mi peso hoy: _____
Mi meta para esta semana: _____

Consejos para el seguimiento

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

Fecha: _____ (marque con un círculo) **D L M M J V S**  **Dormir** Número de horas que dormí anoche: _____

Comida ★ si con la familia	Alimentos (tamaño de la porción)	También estoy seguimiento <input type="checkbox"/> calorías <input type="checkbox"/> _____	Verduras	Actividad
			Frutas	
Desayuno			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Actividad: _____ Minutos: _____ (apunta alto) Intensidad: <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigoroso
Almuerzo			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Horas sentada (apunta bajo) _____ en trabajo/escuela _____ fuera trabajo/escuela
Cena			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Bocadillo			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Fecha: _____ (marque con un círculo) **D L M M J V S**  **Dormir** Número de horas que dormí anoche: _____

Comida ★ si con la familia	Alimentos (tamaño de la porción)	También estoy seguimiento <input type="checkbox"/> calorías <input type="checkbox"/> _____	Verduras	Actividad
			Frutas	
Desayuno			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Actividad: _____ Minutos: _____ (apunta alto) Intensidad: <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigoroso
Almuerzo			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Horas sentada (apunta bajo) _____ en trabajo/escuela _____ fuera trabajo/escuela
Cena			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Bocadillo			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Fecha: _____ (marque con un círculo) **D L M M J V S**  **Dormir** Número de horas que dormí anoche: _____

Comida ★ si con la familia	Alimentos (tamaño de la porción)	También estoy seguimiento <input type="checkbox"/> calorías <input type="checkbox"/> _____	Verduras	Actividad
			Frutas	
Desayuno			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Actividad: _____ Minutos: _____ (apunta alto) Intensidad: <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigoroso
Almuerzo			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Horas sentada (apunta bajo) _____ en trabajo/escuela _____ fuera trabajo/escuela
Cena			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Bocadillo			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Fecha: _____ (marque con un círculo) **D L M M J V S**  **Dormir** Número de horas que dormí anoche: _____

Comida ★ si con la familia	Alimentos (tamaño de la porción)	También estoy seguimiento <input type="checkbox"/> calorías <input type="checkbox"/> _____	Verduras	Actividad
			Frutas	
Desayuno			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Actividad: _____ Minutos: _____ (apunta alto)
Almuerzo			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Intensidad: <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigoroso
Cena			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Horas sentada (apunta bajo) _____ en trabajo/escuela
Bocadillo			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ fuera trabajo/escuela

Fecha: _____ (marque con un círculo) **D L M M J V S**  **Dormir** Número de horas que dormí anoche: _____

Comida ★ si con la familia	Alimentos (tamaño de la porción)	También estoy seguimiento <input type="checkbox"/> calorías <input type="checkbox"/> _____	Verduras	Actividad
			Frutas	
Desayuno			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Actividad: _____ Minutos: _____ (apunta alto)
Almuerzo			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Intensidad: <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigoroso
Cena			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Horas sentada (apunta bajo) _____ en trabajo/escuela
Bocadillo			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ fuera trabajo/escuela

Fecha: _____ (marque con un círculo) **D L M M J V S**  **Dormir** Número de horas que dormí anoche: _____

Comida ★ si con la familia	Alimentos (tamaño de la porción)	También estoy seguimiento <input type="checkbox"/> calorías <input type="checkbox"/> _____	Verduras	Actividad
			Frutas	
Desayuno			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Actividad: _____ Minutos: _____ (apunta alto)
Almuerzo			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Intensidad: <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigoroso
Cena			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Horas sentada (apunta bajo) _____ en trabajo/escuela
Bocadillo			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ fuera trabajo/escuela

Fecha: _____ (marque con un círculo) **D L M M J V S**  **Dormir** Número de horas que dormí anoche: _____

Comida ★ si con la familia	Alimentos (tamaño de la porción)	También estoy seguimiento <input type="checkbox"/> calorías <input type="checkbox"/> _____	Verduras	Actividad
			Frutas	
Desayuno			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Actividad: _____ Minutos: _____ (apunta alto)
Almuerzo			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Intensidad: <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Vigoroso
Cena			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Horas sentada (apunta bajo) _____ en trabajo/escuela
Bocadillo			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ fuera trabajo/escuela

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

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

Intermountain Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Se proveen servicios de interpretación gratis. Hable con un empleado para solicitarlo.