

Mi plan de acción para controlar la diabetes

Nombre: _____ Fecha: _____

1. ¿Cómo está manejando su diabetes?

- Excelente 
 Bien 
 No muy bien 
 No estoy seguro 

2. ¿Cómo salieron los resultados de la prueba A1C? (a veces llamado el examen de hemoglobina A1C que refleja el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos 3 meses)

- Excelente 
 Bien 
 No muy bien 
 No estoy seguro 

3. Hago bien en:

_____ Hacer ejercicio.

_____ Comer comidas saludables.

_____ Tomar mi medicina.

_____ Revisar mis niveles de azúcar en la sangre.

_____ Disminuir el deseo de fumar.

_____ Reducir el estrés.

_____ Otro: _____



4. Quiero mejorar en:

_____ Hacer ejercicio.

_____ Comer comidas saludables.

_____ Tomar mi medicina.

_____ Revisar mis niveles de azúcar en la sangre.

_____ Disminuir el deseo de fumar.

_____ Reducir el estrés.

_____ Otro: _____

5. Para mejorar mi salud, trabajaré en una de las actividades escogidas.

Esto es lo que puedo hacer:

Cuánto: _____

Cuándo: _____

Cada cuánto: _____

6. Ésto es lo seguro que estoy, que podré hacerlo: (circule un número)

No estoy seguro

Estoy muy seguro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10