

Plan De Acción Para Mi Diabetes

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ CHART # _____

A1C	
<input type="checkbox"/> < 7%	<input type="checkbox"/> < 8%
Azúcar En Ayunas Menos De	
<input type="checkbox"/> < 120	<input type="checkbox"/> < 130
Azucar Despues De Comer	
<input type="checkbox"/> < 160	<input type="checkbox"/> < 180
Preción Arterial Menos De	
<input type="checkbox"/> 140/90	<input type="checkbox"/> 130/80

**COME MENOS CARBOHIDRATOS
COME MÁS FRUTAS & VEGETALES
NO BEBIDAS AZUCARADAS**



MENOS





PLAN DE ALIMENTOS: _____

TOME SUS MEDICAMENTOS A DIARIO

- USE UNA CAJA PARA SUS PASTILLAS
- RECORDATORIO EN SU CALENDARIO
- _____



REVISE SU AZUCAR

- UNA VEZ AL DIA
- DOS VECES AL DIA

- TRES VECES AL DIA
- CUATRO VECES AL DIA

SEA FISICAMENTE ACTIVO







Actividad

Minutos

Veces por semana