

Comportamiento de Salud

Paciente: _____ MR#: _____
Promotora: _____ Fecha: _____

1. **(Azúcar)** Cuantas veces al dia se mide el azúcar en la sangre?

2. **(Comidas)** Que tipo de plan alimenticio ha decidido seguir para controlar su diabetes?
___ comidas frecuentes y pequeñas
___ metodo de plato
___ 5 o mas frutas y verduras al dia
___ la guia de la pirámide
___ contar los carbohidratos
___ otra (especifique) _____

3. **(Comidas)** En la ultima semana cuantos dias siguió su plan alimenticio?

4. **(Medicinas)** Cuantas veces al dia debe tomar su medicina para bajar el nivel de azúcar?
___ una vez al dia
___ 2 veces al dia
___ 3 veces al dia
___ 4 veces al dia

5. **(Medicinas)** Cuantas veces a la semana no toma las medicinas para bajar su azúcar?
(Cuenta las veces que no la tomo, no los dias que no la tomo)

6. **(Ejercicio)** Cuantos minutos de ejercicio moderado (caminar rapido) hace en un dia?

7. **(Ejercicio)** Cuantos dias a la semana hace algun tipo de ejercicio moderado (caminar rapido)?
