

Comportamiento de Salud

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

1. **(Azúcar)** Cuantas veces al día 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
___ método de plato
___ 5 o más frutas y verduras al día
___ la guía de la pirámide
___ contar los carbohidratos
___ otra (especifique) _____

3. **(Comidas)** En la última semana cuántos días siguió su plan alimenticio?

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

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

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

7. **(Ejercicio)** Cuantos días a la semana hace algún tipo de ejercicio moderado (caminar rápido)?
