

# MI PLAN DE ACCIÓN

Yo \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
(Número de identificación de paciente) (Nombre de facilitador de servicios clínicos)

hemos quedado de acuerdo en que para mejorar mi salud debo:

## 1. Escoger una de las actividades:



\_\_\_\_\_ Trabajar en algo que me esté molestando:  
\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_ ¡Mantenerme más activo físicamente!



\_\_\_\_\_ Tomar mis Medicinas



\_\_\_\_\_ Tratar de comer más  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tratar de comer menos  
\_\_\_\_\_



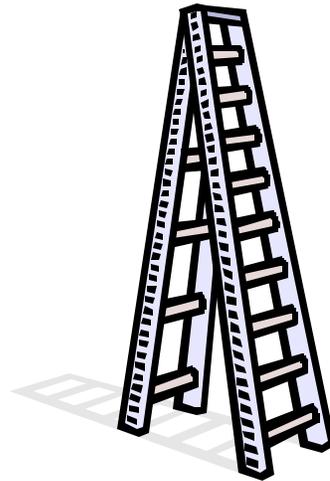
\_\_\_\_\_ Reducir mi estrés.



\_\_\_\_\_ Fumar menos.

## 2. Escoger mi nivel de certeza:

Esto es lo segura/o que estoy de que podré/o cumplir con mi plan de acción:



10 Muy Seguro

5 Más o Menos

0 No Estoy Seguro

## 3. Completar esta parte para la actividad que escogió:

¿Qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuánto? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sexo: M o F

Edad: \_\_\_\_\_

Hispano: Sí o No