

Muévase más. Manténgase activo/a su manera.

Nombre _____

Fecha _____

Instrucciones: Marque de 1-3 actividades que planifica hacer para aumentar su actividad física. Luego elija la cantidad de minutos que hará cada vez que la realice, y elija la cantidad de veces al día y a la semana que las va a realizar.

Si elige más de una actividad, escriba una actividad por columna.

Yo planifico:	Haré esto por:	Hare esto por:	Hare esto por:
<input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Correr <input type="checkbox"/> Correr Bicicleta <input type="checkbox"/> Nadar <input type="checkbox"/> Pescar o cultivar <input type="checkbox"/> Trabajar en el jardín <input type="checkbox"/> Jugar con niños o familiares <input type="checkbox"/> Hacer abdominales, estiramiento o caminar en sitio durante los anuncios de TV <input type="checkbox"/> Levantar pesas tales como galones de agua o de detergente Otro: _____ _____	Minutos: <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15-20 <input type="checkbox"/> 30 o más Cantidad de veces al día: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 o más Cantidad de veces a la semana: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 o más	Minutos: <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15-20 <input type="checkbox"/> 30 o más Cantidad de veces al día: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 o más Cantidad de veces a la semana: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 o más	Minutos: <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15-20 <input type="checkbox"/> 30 o más Cantidad de veces al día: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 o más Cantidad de veces a la semana: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 o más

Recuerde: Cuando esté activo, lleve zapatos o tenis que le queden bien y protejan los pies. Si siente dolor o presión en el pecho, falta de aliento o pierde el equilibrio - pare la actividad y Hable con su médico.

Empezaré en (fecha): _____

Firma del médico: _____

Firma del paciente: _____