

NUESTRO PLAN DE ACCIÓN para MANTENER UN PESO SALUDABLE

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Proveedor: _____

CATEGORÍA DEL PESO (marque una con un círculo)	DEFINICIÓN
Poco saludable	<i>Índice de masa corporal >95%</i> : El peso del niño/a es poco saludable.
Puede ser poco saludable	<i>Índice de masa corporal 85-95%</i> : El peso del niño/a puede ser poco saludable.
Saludable	<i>Índice de masa corporal 5-84%</i> : El peso del niño/a es saludable.
Peso insuficiente	<i>Índice de masa corporal <5%</i> : El niño/a tiene un peso que puede no ser suficiente para tener la mejor salud.

METAS:

¿Qué tan importante le parece a usted realizar cambios saludables en la alimentación o la actividad? (marque uno de los números con un círculo)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Nada importante

Lo más importante en este momento

Elija de 1 a 3 metas

Frutas y vegetales (5) 	<input type="checkbox"/> Tratar de consumir 5 frutas y vegetales todos los días, lleve un registro <input type="checkbox"/> Llenar la mitad del plato de cada persona con frutas y vegetales <input type="checkbox"/> Incluir una fruta o vegetal en cada merienda <input type="checkbox"/> Para los niños en edad preescolar , deles un sticker cada vez que prueben un vegetal <input type="checkbox"/> Las cosas van bien
Menos tiempo frente a la pantalla (2) 	<input type="checkbox"/> Limitar la cantidad de televisión y videojuegos a menos de 2 horas al día <input type="checkbox"/> Sacar los televisores, computadoras, videojuegos y demás pantallas de los dormitorios <input type="checkbox"/> Desconectar a la familia durante una semana; nada de televisión <input type="checkbox"/> Pedirle al niño que elija 1 a 2 programas favoritos : _____ <input type="checkbox"/> Las cosas van bien
Más actividad física (1) 	<input type="checkbox"/> Jugar al aire libre 1 hora todos los días <input type="checkbox"/> Ir al parque _____ veces por semana <input type="checkbox"/> Participar en un equipo de deportes o centro de recreación <input type="checkbox"/> Darles a los niños tareas activas para que ayuden en el hogar <input type="checkbox"/> Las cosas van bien
Eliminar las bebidas dulces (0) 	<input type="checkbox"/> Como familia, dejen de consumir bebidas endulzadas con azúcar <input type="checkbox"/> Consumir menos de ½ taza (4 onzas) de jugo al día <input type="checkbox"/> Consumir leche de bajo contenido grasa o sin grasa después de los dos años de edad <input type="checkbox"/> Consumir más agua : _____ vasos/botellas al día <input type="checkbox"/> Las cosas van bien
Otras metas	
Comidas familiares 	<input type="checkbox"/> Comer juntos en familia _____ veces a la semana <input type="checkbox"/> Apagar el televisor durante las comidas y disfrutar la conversación en familia <input type="checkbox"/> Los padres se sirven porciones más pequeñas de _____ <input type="checkbox"/> Comer menos en restaurantes : _____ veces a la semana <input type="checkbox"/> Las cosas van bien
Desayuno 	<input type="checkbox"/> Desayunar todos los días <input type="checkbox"/> Seleccionar cereales con menos de 8 gramos de azúcar y por lo menos 3 gramos de fibra <input type="checkbox"/> Las cosas van bien
Sueño 	<input type="checkbox"/> Acostarse más temprano a las _____ <input type="checkbox"/> Sacar el televisor del dormitorio <input type="checkbox"/> Dejar de comer después de las _____ <input type="checkbox"/> Las cosas van bien

¿Qué tan seguro esta usted de que puede hacer los cambios que ha seleccionado? (marque uno de los números con un círculo)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

No estoy seguro para nada

Estoy muy seguro

Hablamos de estas barreras: _____

Comentarios: _____

Firma del paciente: _____ Firma del tutor: _____

Firma del médico: _____ Fecha de la cita: _____

Seguimiento: _____ Etapa: (marque con un círculo) 1 2 3 4

Remisión: _____ Nº. de tel.: _____