Mi Diario de Salud

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

_____

TELÉFONO: _____

Mi Diario de Salud es sobre su salud. Su cuerpo. ¡Sobre usted! Es donde usted puede anotar sus resultados de exámenes e historial familiar, llevar un registro de sus visitas médicas, anotar sus preguntas, establecer sus metas de salud y planear en convertirse en una persona más saludable. Si usted lo desea, usted puede llevar este diario con usted a sus visitas.

CONTENIDO

Mis Pruebas y Revisiones Médicas Importantes ____ 2

Mi Historial de Salud General ____ 6

Mi Salud Reproductiva ____ 8

Mi Salud Emocional ____ 11

Mi Historial de Salud Familiar ____ 12

Mi Compromiso para una Vida Saludable ____ 13

Mis Papeles Importantes ____ 17

NORTH CAROLINA Healthy Start FOUNDATION
www.NCHealthyStart.org
www.mamasana.org

NCPH North Carolina Public Health

25,000 copias de este documento público se imprimieron a un costo de $5,133 o $.20 por copia (4/10)

© 2008 N.C. Healthy Start Foundation

Contactos de Emergencia: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Hospital Local: _____

Teléfono: _____

Proveedor de Atención Médica: _____

Teléfono: _____

Dentista: _____

Teléfono: _____

Clínica para Mamografías: _____

Teléfono: _____

Oculista: _____

Teléfono: _____

Otro: _____

Teléfono: _____

OTROS NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES (Ayuda disponible en español)

The CARE-LINE (Referencias a servicios comunitarios)	1-800-662-7030
NC Coalition Against Domestic Violence (Violencia doméstica)	1-888-232-9124
NC Coalition Against Sexual Assault (Abuso sexual)	1-888-737-2272
Alcohol/Drug Council of North Carolina (Drogas y alcoholismo)	1-800-688-4232
QuitlineNC (Para dejar de fumar)	1-800-784-8669
NC HIV/AIDS Hotline (VIH/SIDA)	1-888-448-4732
Planned Parenthood (Planificación familiar)	1-800-230-7526
Carolinas Poison Center (Envenenamiento)	1-800-222-1222

MIS PRUEBAS Y REVISIONES MÉDICAS IMPORTANTES

Las revisiones y pruebas médicas encuentran y tratan problemas menores antes de que estos se conviertan en problemas mayores. ¡Programe las siguientes pruebas médicas hoy!

EXAMEN FÍSICO

Fecha: _____

Haga una cita para un examen físico, si no ha tenido un examen en el último año, para revisar su salud general. Estas son algunas pruebas que pueden formar parte de su examen físico. Su proveedor de atención médica le indicará cuáles son las que usted necesita.

Usted y su proveedor de atención médica hablarán sobre muchos de los temas contenidos en este diario—su historial de salud, sus preocupaciones, sus hábitos y sus metas de salud. Revise las páginas de este diario antes de su visita. Anote cualquier pregunta que usted tenga. No dude en hacer preguntas.

Mis preguntas:	Las respuestas de mi proveedor de atención médica:

REVISIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL

Sistólica / Diastólica		Fecha
Sistólica / Diastólica		Fecha
Sistólica / Diastólica		Fecha

La presión sistólica mide la fuerza de su sangre cuando su corazón late y la diastólica es cuando su corazón descansa. Una presión alta puede causar enfermedades del corazón, derrame cerebral, pérdida de la vista y daños a los riñones. A veces, una presión alta no presenta síntomas ni señales. Pregunte si su presión es "normal" o alta.

PRUEBA DE COLESTEROL

Colesterol total: _____ Fecha: _____

El colesterol es necesario para ayudar a que sus células se desarrollen. También ayuda a que su cuerpo produzca hormonas y digiera grasa. Pero un nivel elevado la puede poner en riesgo de enfermedades del corazón. Si su nivel es superior a 200, pregúnte a su médico lo que usted puede hacer para que este nivel disminuya. Pregunte si usted necesita esta prueba al programar su examen físico.

PRUEBA DE GLUCOSA DE LA DIABETES ("Azúcar en la Sangre")

La diabetes es una enfermedad en la cual su nivel de glucosa en la sangre, o azúcar en la sangre, se encuentra demasiado alto. Un nivel de azúcar elevado en la sangre puede dañar su corazón, riñones, nervios, vasos sanguíneos y ojos. Hable con su proveedor de atención médica sobre su riesgo de diabetes, especialmente si alguien en su familia tiene o ha tenido diabetes. Pregunte si usted necesita una prueba de glucosa.

Fecha: _____

Resultados de prueba: _____

Qué significan los resultados: _____

_____

EL VIH/SIDA y PRUEBAS PARA INFECCIONES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE (ITS)

(Debe hacerse una prueba de detección si usted tiene uno de los riesgos listados en la página 9.)

Fecha: _____

Resultados de prueba: _____

Fecha: _____

Resultados de prueba: _____

Fecha: _____

Resultados de prueba: _____

Puede ser que su proveedor de atención médica le haga preguntas sobre su vida privada: ¿Qué tan abundante es su flujo menstrual? ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? ¿Cuántos embarazos? ¿Abortos? ¿Abortos espontáneos? ¿Usa anticonceptivos? El motivo de estas preguntas no es avergonzarla ni hacerle sentirse mal. Sus respuestas ayudan a su proveedor de atención médica a saber cómo cuidarla mejor.

EXAMEN PÉLVICO, EXAMEN DE LOS SENOS, PRUEBA DE PAPANICOLAU

Un examen pélvico evalúa la salud de sus ovarios, matriz (útero), vagina y recto. Un examen de los senos averigua si existen bultos que puedan ser cancerosos. Una prueba de Papanicolaou detecta el cáncer del cuello uterino (del cervix). Usted necesita un examen pélvico, un examen de los senos y una prueba de Papanicolaou cada 1 a 3 años. Su proveedor de atención médica le indicará la frecuencia adecuada de estas pruebas para usted. Estos exámenes pueden formar parte de su examen físico o podrán ser realizados por un ginecólogo.

Fecha: _____

Resultados de prueba: _____

Mis preguntas:

_____

_____

_____

_____

Las respuestas de mi proveedor de atención médica:

_____

_____

_____

_____

MAMOGRAFÍA

Usted necesita su primera mamografía a los 40 años de edad, antes si usted se encuentra en alto riesgo para el cáncer del seno. Después de los 40 años, se necesita una mamografía cada año. Una mamografía es una radiografía de sus senos para detectar el cáncer. Hable con su proveedor de atención médica sobre una mamografía. Posiblemente, su proveedor médico será el que programará su cita para una mamografía.

Fecha: _____

Resultados de prueba: _____

Mis preguntas:

_____

_____

_____

_____

Las respuestas de mi proveedor de atención médica:

_____

_____

_____

_____

EXAMEN DE LA VISTA

Usted necesita un examen de la vista cada 2 años. Fecha: _____
Usted debería ver a su oculista con más frecuencia si su vista cambia o si usted padece de presión alta, diabetes o enfermedad del corazón. Si usted usa lentes de contacto, usted debe hacerse un examen cada año.

Mis preguntas:

_____
_____
_____

Las respuestas de mi proveedor de atención médica:

_____
_____
_____

EXAMEN DENTAL

Usted necesita un examen dental y una limpieza cada 6 a 12 meses.

Fecha: _____ Fecha: _____

Fecha: _____ Fecha: _____

Mis preguntas:

_____
_____
_____

Las respuestas de mi dentista:

_____
_____
_____

OTROS EXÁMENES O PRUEBAS

Prueba: _____ Fecha: _____

Mis preguntas:

_____
_____
_____

Las respuestas de mi proveedor de atención médica:

_____
_____
_____

Prueba: _____ Fecha: _____

Mis preguntas:

_____
_____
_____

Las respuestas de mi proveedor de atención médica:

_____
_____
_____

MI HISTORIAL DE SALUD GENERAL

Es importante compartir su historial de salud con su proveedor de atención médica.

MIS PROBLEMAS DE SALUD Y MIS PREOCUPACIONES

1. _____
2. _____
3. _____

- Medicinas **sin** recetas que estoy tomando: _____
- Medicinas recetadas que estoy tomando: _____
- Medicinas a las cuales soy alérgica: _____
- Otras alergias: _____
- Remedios caseros, hierbas o tés que estoy tomando: _____

MIS CIRUGÍAS Y HOSPITALIZACIONES

MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN	FECHA	NOMBRE DEL HOSPITAL, CIUDAD Y ESTADO

MI GRUPO SANGUÍNEO

Marque la casilla indicando su grupo sanguíneo. ¿No lo sabe? Pregúntele a su proveedor de atención médica que lo averigüe por usted.

O+	O	AB+	AB	A+	A-	B	B-

Un examen de sangre sencillo puede indicar si usted tiene la enfermedad de la célula falciforme o si usted puede pasar el gene de la célula falciforme a sus hijos. Le pueden hacer una prueba gratuita en su departamento de salud local. Llame al CARE-LINE al 1-800-662-7030.

MIS INMUNIZACIONES

Las vacunas la protegen de ciertas enfermedades. Puede ser que usted no necesite todas las vacunas listadas aquí. Pregúntele a su proveedor de atención médica. Anote las fechas de cuando le pusieron cada vacuna o dosis de vacuna.

VACUNA	FECHA	FECHA	FECHA
Influenza (vacuna contra la gripe) ¡Se necesita una cada año!			
Tétanos, difteria y tos ferina (Td/Tdap) De 11 a 18 años: se recomienda una dosis. Después de 18 años: una vacuna Td de refuerzo cada 10 años, un debe ser Tdap.			
Virus del Papiloma Humano (HPV, siglas en inglés) Se recomienda una serie de 3 dosis para las mujeres desde 11 hasta 26 años de edad.			
Sarampión, Paperas, Rubéola (MMR, siglas en inglés) Una dosis, por lo menos, si nació despúes de 1956. Algunas personas pueden necesitar dos.			
Varicela Se necesitan 2 dosis si usted no ha tenido la varicela.			
Hepatitis A Una serie de 2 dosis si tiene un riesgo alto o si quiere estar protegida.			
Hepatitis B Una serie de 3 dosis si tiene un riesgo alto o si quiere ser protegida.			

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE

(Fracturas, torceduras, dolores u otros cambios en mi salud que quiero mencionar a mi proveedor de atención médica):

MI SALUD REPRODUCTIVA

Su examen físico puede incluir una plática sobre los métodos anticonceptivos así como los riesgos de infecciones transmitidas sexualmente (ITS), un examen de los senos y un examen pélvico. ¡Piense en hacer cualquier pregunta que usted tenga al respecto!

LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE YO HE USADO (MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN)

MÉTODOS	AHORA USO	ANTES USÉ	
Ninguna relación sexual (abstinencia)			Todos estos métodos le ayudarán a prevenir el embarazo. Solamente la abstinencia, los condones de látex o condones de poliuretano le proveeran alguna protección contra el VIH y otras ITS. Para información sobre las ITS y los métodos anticonceptivos, hable con su proveedor de atención médica o con "Planned Parenthood" (1-800-230-7526).
La pastilla			
El anillo Nuva			
El parche			
Norplant (en el brazo)			
Implanon (en el brazo)			
Injección Depo Provera			
Inyección mensual (su uso no está autorizado en los EEUU)			
DIU (Dispositivo Intrauterino)			
Condones (masculinos)			
Condones (femeninos)			
Diafragma			
Espumas, cremas			
Ligadura de las trompas o Essure (mujer) o vasectomía (hombre)			
Planificación familiar natural			
Anticonceptivo de emergencia/pastilla "del día siguiente"			

Los hombres y mujeres de 19 años de edad y más podrían recibir un examen gratis de planificación familiar y algunos tipos de métodos anticonceptivos. Para mayor información, llame a su departamento de salud local, hable con su proveedor de atención médica o llame al CARE-LINE al 1-800-662-7030.

EL VIH/ SIDA

La incidencia del VIH/SIDA está en aumento en las mujeres. Usted puede estar en mayor riesgo de contraer el VIH si usted:

- tuvo relaciones sexuales vaginales, anales u orales "sin protección" (o sea si usted no uso un condón de látex o de poliuretano).
- tuvo relaciones sexuales para conseguir drogas o dinero.
- compartió agujas con otras personas para inyectarse con drogas o tomar esteroides.
- tiene hepatitis, tuberculosis (TB) o una infección transmitida sexualmente (ITS).
- recibió una transfusión de sangre o un factor de coagulación entre los años 1978 y 1985.
- ha tenido relaciones sexuales sin protección con alguien que ha hecho cualquiera de las cosas mencionadas anteriormente.

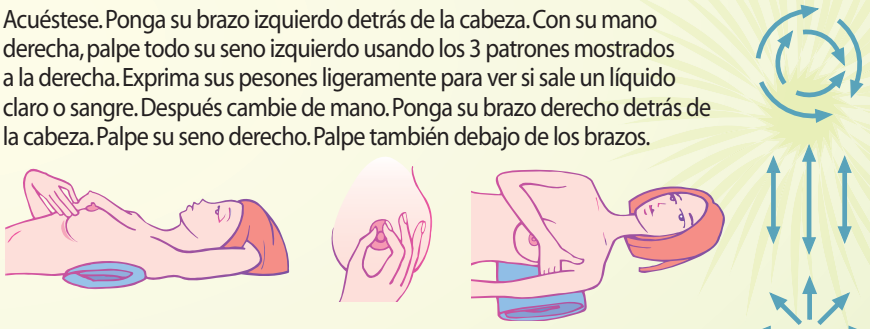
Hable con su proveedor de atención médica sobre las pruebas de detección que le pueden hacer.

LA SALUD DE MIS SENOS

La detección temprana es la clave para sobrevivir al cáncer del seno. Examine sus senos cada mes 3 a 5 días después de que termine su regla. Sepa lo que es "normal" para usted. De esta manera usted se dará cuenta si sus senos han cambiado.

Examínese acostada

Acuéstese. Ponga su brazo izquierdo detrás de la cabeza. Con su mano derecha, palpe todo su seno izquierdo usando los 3 patrones mostrados a la derecha. Exprima sus pesones ligeramente para ver si sale un líquido claro o sangre. Después cambie de mano. Ponga su brazo derecho detrás de la cabeza. Palpe su seno derecho. Palpe también debajo de los brazos.

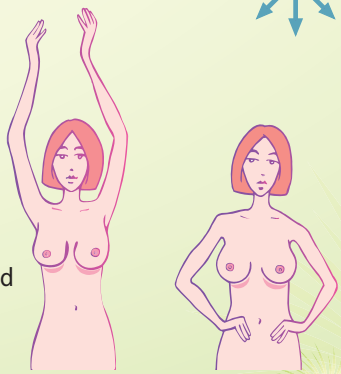


Examínese parada

¿Cómo se ven sus senos cuando usted se inclina con sus manos en su cadera? Obsérvelos de cerca.

- ¿Usted ve bultos u hoyuelos?
- ¿Tiene gotas de líquido transparente o sangre saliendo de sus pezones?
- ¿Siente dolor o tiene sitios sensibles?

Si usted contestó "sí" a cualquiera de estas preguntas, haga cita con su proveedor de atención médica. Si usted tiene preguntas sobre cómo auto-examinar sus senos, pída ayuda a su proveedor de atención médica.



AUTO-EXAMEN DE LOS SENOS Y TABLA MENSTRUAL

Use esta tabla cada mes. Marque el círculo después de haber hecho el examen mensual de sus senos. Haga el auto-examen de sus senos entre 3 y 5 días después de que termine su regla. Si usted está menstruando, anote el día que comienza su regla o periodo menstrual y el día en que termina.

ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
Examen de Senos ❍	Examen de Senos ❍	Examen de Senos ❍	Examen de Senos ❍
Primer día de mi regla:	Primer día de mi regla:	Primer día de mi regla:	Primer día de mi regla:
Último día:	Último día:	Último día:	Último día:
MAYO	**JUNIO**	**JULIO**	**AGOSTO**
Examen de Senos ❍	Examen de Senos ❍	Examen de Senos ❍	Examen de Senos ❍
Primer día de mi regla:	Primer día de mi regla:	Primer día de mi regla:	Primer día de mi regla:
Último día:	Último día:	Último día:	Último día:
SEPTIEMBRE	**OCTUBRE**	**NOVIEMBRE**	**DICIEMBRE**
Examen de Senos ❍	Examen de Senos ❍	Examen de Senos ❍	Examen de Senos ❍
Primer día de mi regla:	Primer día de mi regla:	Primer día de mi regla:	Primer día de mi regla:
Último día:	Último día:	Último día:	Último día:

Si usted salta un periodo (regla) o tiene un sangrado pesado o retortijones dolorosos, llame a su proveedor de atención médica.

MI SALUD EMOCIONAL

Sus sentimientos también afectan su salud. El estrés y dolor emocional pueden dañar su cuerpo a largo plazo. Puede obtener ayuda de su proveedor de atención médica y organizaciones o grupos de apoyo. Llame al CARE-LINE al 1-800-662-7030.

¿DEPRESIÓN?

El sentirse triste de vez en cuando es normal. Pero, si su tristeza no mejora con el tiempo, puede que usted esté deprimida. La depresión es un problema de salud serio que requiere tratamiento. Si usted ha estado muy triste y tiene una o más de las siguientes señales, busque ayuda.

¿USTED ...	SÍ	NO
se siente inquieta o tiene cambios de ánimo?		
se siente agotada?		
padece de numerosos dolores de cabeza?		
sufre de dolores de pecho?		
tiene problemas para dormir o duerme demasiado?		
tiene problemas para comer?		
come demasiado o con mucha frecuencia?		
tiene dificultad para tomar decisiones?		
se preocupa demasiado?		
tiene poco interés en las cosas que usted solía disfrutar antes?		
se siente inútil o culpable?		
siente que quiere herirse o herir a alguien que usted quiere?		

La mayoría del tiempo me siento: _____

VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SEXUAL

No es su culpa si es víctima de la violencia doméstica o sexual. Nadie merece ser dañado. Hable con su proveedor de atención médica si usted:

- fue abusada sexualmente de niña.
- se siente amenazada o insegura.
- tiene una pareja que le grita, insulta o amenaza.
- tiene una pareja que la patea o golpea.
- tiene una pareja que la obliga a tener relaciones sexuales.

¿Necesita ayuda AHORA? LLAME al 1-888-232-9124.
La Coalición Contra la Violencia Doméstica de Carolina del Norte puede darle información sobre los servicios disponibles en su área.

MI HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR

Es importante hablarle a su proveedor de atención médica sobre cualquier antecedente de cáncer, derrame cerebral, enfermedad del corazón, diabetes o enfermedad mental en su familia.

FAMILIARES	PROBLEMAS DE SALUD	CAUSA DE MUERTE (SI CORRESPONDE)
Madre		
Padre		
Abuelos maternos		
Abuelos paternos		
Hermanos y hermanas		

MI COMPROMISO PARA UNA VIDA SALUDABLE

Ser más saludable es más fácil de lo que usted piensa. ¿Qué tan fácil? Solamente tiene que cambiar 1 cosa – solo 1. Y cuando ya la termine y se sienta bien, escoja 1 cosa más. Y así, poco a poco se va convirtiendo en una persona más saludable, fácilmente, paso a paso.

¿Necesita ayuda para escoger 1 cosa? A continuación damos una lista de buenas ideas para que usted pueda elegir. Todas estas ideas le ayudarán a ser más saludable, sentirse mejor y reducir su riesgo de morirse de una enfermedad del corazón – la causa principal de muerte para las mujeres en los Estados Unidos.

1 Haga 30 minutos o más de actividades físicas por lo menos 5 veces a la semana.

¡Mueva su cuerpo para mejorar su salud! Camine, baile, monte en bicicleta. Cualquier cosa que haga mover su cuerpo mejora su peso, humor y presión arterial.

¿Cuáles son las 3 cosas que usted puede hacer para ser más activa físicamente?
Por ejemplo: Caminar antes de desayunar, tomar las escaleras o ir a bailar los viernes.

1. _____
2. _____
3. _____

2 Coma sanamente.

Una alimentación saludable puede ser una gran ayuda para reducir su riesgo de enfermedad del corazón. Coma más de frutas y verduras cada día. Coma comidas altas en fibra. Busque comidas bajas en sal, grasas trans y grasas saturadas. Tome más agua en vez de soda y jugo.

¿Cuáles son las 3 cosas que usted puede hacer para alimentarse de manera más saludable?
Por ejemplo: Hacer mis sándwiches con pan integral. Asegurarme que siempre tengo frutas disponibles entre comidas.

1. _____
2. _____
3. _____

3 Mantenga su peso a un nivel saludable.

¡El hacer número 1 y número 2 hace esto más fácil! El bajar de peso es realmente una cuestión de sumar y restar. Usted ingiere menos calorías cuando come saludablemente, come menos y evita los alimentos fritos y las comidas rápidas. Usted resta calorías cuando se mantiene activa.

¿Cuáles son los 3 alimentos o bebidas que usted puede reducir o eliminar para disminuir calorías? Por ejemplo: Refrescos de soda, papas fritas o dulces.

1. _____
2. _____
3. _____

4 Deje de fumar y evite el humo de segunda mano.

Cuando usted fuma o respira humo de segunda mano, usted aumenta bastante su riesgo de enfermedad del corazón y cáncer. Si usted o alguien que usted ama necesita ayuda para dejar de fumar, llame a "QuitlineNC" 1-800-784-8866.

¿Desea dejar de fumar?

❒ Sí

❒ No

Si así lo desea, anote las personas que usted pueda llamar para que la apoyen:

_____

_____

_____

5 No tome más de una bebida alcohólica por día.

El alcohol puede aumentar su presión arterial, su riesgo de derrame cerebral o cáncer del seno y aumenta su cintura.

Si usted toma regularmente para emborracharse, pregúntese por qué será. Muchas mujeres toman, fuman o usan medicinas o drogas para manejar el estrés. Si usted necesita ayuda, llame llame al CARE-LINE al 1-800-662-7030 o El Consejo para el Alcohol y las Drogas de Carolina del Norte al 1-800-688-4232.

Si usted está embarazada o podría estarlo, no tome ninguna bebida alcohólica. Solamente un poco de alcohol puede hacerle daño a su bebé y causar defectos de nacimiento.

LO QUE MÁS ME GUSTARÍA CAMBIAR

Si pudiera cambiar algo sobre mi salud sería: _____

_____

_____

_____

¿Qué cosas buenas resultarían si yo cambiara algo? _____

_____

_____

_____

_____

¿Qué me está impidiendo o por qué se me dificulta el cambiar algo? _____

_____

_____

_____

ESCOJA UNA ACCIÓN

Usted ha identificado ideas para poder ser más saludable. También ha pensado en lo que más le gustaría cambiar de su salud. Ahora es tiempo para un pequeño paso. Escoja algo, una acción, que usted hará durante 21 de los próximos 28 días.

Mi acción número uno es: _____

El hacer esto, me ayudará a mi misma a: _____

_____

Y si necesito más ayuda, yo le pediré a los siguientes amigos y familiares que me ayuden en:

_____

Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!
Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!
Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!
Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!
Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!
Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!	Fecha _____ ¿Hice mi acción? ❍ Sí ¡Excelente! ❍ No ¡Trataré de nuevo mañana!		

DÍA 29: REFLEXIONANDO

¿Marcó más respuestas con "Sí" que con "No"?

❍ Sí. ¡Estupendo! ¿Qué le ayudó? ¿Qué otra acción más podría ayudar? ¿Hubo cualquier dificultad o problema del cual usted quisiera estar más al pendiente en el futuro?

❍ No. ¡No se preocupe y no se enoje con usted misma! Los cambios a largo plazo toman casi siempre un par de ensayos antes que se incorporen ¿Qué cosa aprendió usted de estos 28 días que le ayudará cuando lo intente otra vez? ¿Qué le ayudará a marcar más respuestas "Sí" la próxima vez?

¿Y AHORA, QUÉ?

¡Antes que nada, felicítese! ¡Usted lo intentó y es un gran paso! Ahora, decida lo que quiere hacer. Usted puede trabajar en la misma acción durante otros 28 días o puede proceder con la próxima acción. Usted decide. Usted se conoce mejor que nadie y sabrá cuando haya realmente cambiado algo. Sea lo que sea, sepa que los cambios saludables para toda la vida se realizan un paso a la vez.

MIS PAPELES IMPORTANTES

Usted puede pedir una copia de sus registros médicos para mantenerlos en su hogar. Manténgalos en un sitio seguro con sus demás papeles importantes y legales.

PAPELES IMPORTANTES	LOS GUARDO EN ...
Mis registros médicos:	
Los registros de mi familia:	
La información sobre mi seguro médico (compañía de seguros, número de la póliza, número del grupo):	
Otros papeles importantes:	

Dos documentos muy importantes sobre los cuales usted debería informarse son la Autorización Legal para Poder Médico y el Testamento. La Autorización Legal para Poder Médico permite que otra persona tome decisiones médicas por usted cuando usted no está en estado de hacerlo por si misma. Un Testamento indica quien quiere usted que tenga custodia de sus niños menores y su propiedad después de su fallecimiento.

Para más información y una versión en línea de este diario (*Mi Diario de Salud*) consulte www.mamasana.org.

NORTH CAROLINA
Healthy Start
FOUNDATION
www.NCHealthyStart.org
www.mamasana.org
NCPH
North Carolina
Public Health