

Salud Y Vida

Sesión de Clase 6 Medicamentos y Complicaciones

Plan de Acción Semanal:

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Esta semana yo me comprometo a:**

\_\_\_\_ Revisar mis medicinas.

\_\_\_\_ Hacer preguntas a mi médico(a) o farmacéutico(a) sobre la receta médica.

\_\_\_\_ Leer las etiquetas y los efectos secundarios de mis medicamentos.

\_\_\_\_ Sigue mi régimen de medicamentos según lo prescrito por el médico.

**Escoge una o más de aquí:**

\_\_\_\_ Revisar mis pies todos los días.

\_\_\_\_ Hacer una cita con un podiatra.

\_\_\_\_ Hacer una cita con el medico de los ojos para un

\_\_\_\_ Hacer una cita con el dentista para mi revisión y limpieza.

\_\_\_\_ Preguntar al medico sobre mi presión sanguínea y que ser significar.

\_\_\_\_ Otras Acciones: \_\_\_\_\_

Yo me recompensare por haber alcanzado mi meta con:

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

