

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: _____

