

## ¿Qué podría interferir con mi plan?

Su deseo de tomar sus medicinas es una decisión en favor de su salud. A veces podrá encontrar dificultades y por eso es importante planear cómo resolverlas antes de que sucedan.

Nombre un posible obstáculo para tomar su medicina: \_\_\_\_\_

¿Qué puede hacer para prevenir que eso se convierta en un problema?  
\_\_\_\_\_

¿Quién puede brindarle apoyo?  
\_\_\_\_\_

¿Cómo puede ayudarlo esa persona?  
\_\_\_\_\_



## ¿Qué me motiva?

Veamos por qué usted tomó esta decisión. Marque cualquiera que aplique a su caso, o añada las suyas.

- Quiero sentirme mejor.
- Quiero evitar tener problemas de salud en el futuro.
- \_\_\_\_\_

**Usted tomó una buena decisión: se decidió por su salud.**



Joan Thompson, PhD, MPH, RD, CDE  
jthompson@laclinica.org

La Clínica de La Raza es un concesionario de Diabetes Initiative, Advancing Diabetes Self Management, un programa nacional de la Fundación Robert Wood Johnson.

Este material fue preparado por Lumetra, la organización para el mejoramiento de la calidad de los servicios de Medicare en California, bajo contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), una agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Contrato número HHSM-500-200-CA02. El contenido de este material no refleja necesariamente la política de CMS. 8SOW-CA-1D2-06-36

# Preparándose para tomar sus medicinas

**Etapa de cambio Preparación**

**3**



Este folleto es para usted si desea comenzar a tomar una nueva medicina.



**Estoy listo para tomar mi medicina (píldora o insulina).**

¿Cómo se llama la medicina?

**¿Cómo lo ayuda?**

**Si no lo sabe, pregúntele a alguien.**

- Mejora el nivel de glucosa (azúcar) en la sangre.
- Mejora la presión de la sangre.
- Protege los riñones.
- Mejora el colesterol.
- Previene los coágulos.
- Ayuda con la depresión.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**¿Cuál es mi meta?**

**Fijarse una meta es una de las claves para triunfar.**

Tomaré \_\_\_\_\_  
 (nombre de la píldora o tipo de insulina)

Indique con una "X" en la siguiente tabla cuando va a tomar la medicina.

	Antes	Durante	Después
Desayuno			
Almuerzo			
Cena			
Hora de dormir			

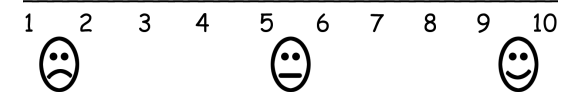
Empezaré el \_\_\_\_\_  
 (escriba la fecha)

Usted ha tomado una importante decisión que puede ayudarle a cuidar su salud.

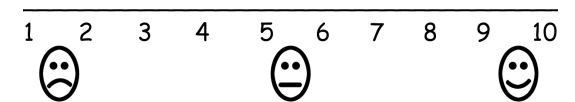


**¿Es ésta meta adecuada para mí?**

**¿Qué tan importante es que yo tome esta medicina?**



**¿Qué tan seguro estoy de que puedo lograr mi meta?**



¿Escogió un número menor de siete? Si fue así, consulte sus preocupaciones con su médico.