



# Pasaporte del Envejecimiento Saludable

Imagine que viajará a otro lugar, hacia el envejecimiento saludable. Para llegar al destino deberá completar los distintos sellos que se le otorgarán de acuerdo a sus autoreportes semanales.

Para empezar complete la siguiente información personal y mantenga actualizado su pasaporte.



Foto

Nombre:

---

Fecha de nacimiento:

---

Edad:

---

Domicilio:

---

Número de teléfono:

---



## Sellos completados

ALIMENTACIÓN

ACTIVIDAD FÍSICA

SUEÑO



# Septiembre

Rellene los cuadros con el color que indica el semáforo, de acuerdo a lo que usted realizó en la semana.

-  **Sí lo hice.**
-  **Lo intenté.**
-  **No lo hice.**

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
--	----------	----------	----------	----------

Consumí verduras diariamente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Consumí frutas diariamente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Consumí pescado al menos 2 días por semana.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Consumí cereales integrales diariamente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Consumí leguminosas al menos 2 días por semana.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Lavé y desinfecté mis alimentos que preparé.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Tomé agua simple diariamente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Me tomé el tiempo para masticar y disfrutar mis alimentos

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

-  **No lo hice.**
-  **Lo intenté.**
-  **Sí lo hice.**

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
--	----------	----------	----------	----------

Consumí alimentos empaquetados con 3 sellos, 2 días a la semana.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Tomé bebidas azucaradas, más de 2 días a la semana.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Comí fuera de casa, más de 2 días a la semana.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Consumí alcohol o tabaco.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Me costó trabajo mantener una alimentación saludable y me frustré.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

# Octubre

Rellene los cuadros con el color que indica el semáforo, de acuerdo a lo que usted realizó en la semana.

-  **Sí lo hice.**
-  **Lo intenté.**
-  **No lo hice.**

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
--	----------	----------	----------	----------

Consumí verduras diariamente.

Consumí frutas diariamente.

Consumí pescado al menos 2 días por semana.

Consumí cereales integrales diariamente.

Consumí leguminosas al menos 2 días por semana.

Lavé y desinfecté mis alimentos que preparé.

Tomé agua simple diariamente.

Me tomé el tiempo para masticar y disfrutar mis alimentos

-  **No lo hice.**
-  **Lo intenté.**
-  **Sí lo hice.**

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
--	----------	----------	----------	----------

Consumí alimentos empaquetados con 3 sellos, 2 días a la semana.

Tomé bebidas azucaradas, más de 2 días a la semana.

Comí fuera de casa, más de 2 días a la semana.

Consumí alcohol o tabaco.

Me costó trabajo mantener una alimentación saludable y me frustré.

# Noviembre

Rellene los cuadros con el color que indica el semáforo, de acuerdo a lo que usted realizó en la semana.

-  **Sí lo hice.**
-  **Lo intenté.**
-  **No lo hice.**

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
--	----------	----------	----------	----------

Consumí verduras diariamente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Consumí frutas diariamente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Consumí pescado al menos 2 días por semana.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Consumí cereales integrales diariamente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Consumí leguminosas al menos 2 días por semana.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Lavé y desinfecté mis alimentos que preparé.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Tomé agua simple diariamente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Me tomé el tiempo para masticar y disfrutar mis alimentos

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

-  **No lo hice.**
-  **Lo intenté.**
-  **Sí lo hice.**

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
--	----------	----------	----------	----------

Consumí alimentos empaquetados con 3 sellos, 2 días a la semana.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Tomé bebidas azucaradas, más de 2 días a la semana.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Comí fuera de casa, más de 2 días a la semana.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Consumí alcohol o tabaco.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Me costó trabajo mantener una alimentación saludable y me frustré.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

# Septiembre

Rellene los cuadros con el color que indica el semáforo, de acuerdo a lo que usted realizó en la semana.

-  **Sí lo hice.**
-  **Lo intenté.**
-  **No lo hice.**

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
--	----------	----------	----------	----------

Realicé al menos 150 minutos de ejercicio físico a la semana.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Realicé ejercicio aeróbico al menos 2 veces por semana.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Realicé ejercicio de fuerza al menos 2 veces por semana.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Me mantuve activo(a) durante el día.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Preferí caminar en lugar de usar el transporte.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Dormí al menos 7 horas diariamente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Mantuve una buena higiene del sueño.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Respeté mi horario de sueño.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

-  **No lo hice.**
-  **Lo intenté.**
-  **Sí lo hice.**

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
--	----------	----------	----------	----------

Estuve sentado más de 8 horas al día.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Dormí menos de 6 horas al día.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Dormí más de 9 horas al día.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Me costó trabajo mantener una buena higiene del sueño.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

# Octubre

Rellene los cuadros con el color que indica el semáforo, de acuerdo a lo que usted realizó en la semana.

-  **Sí lo hice.**
-  **Lo intenté.**
-  **No lo hice.**

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
--	----------	----------	----------	----------

Realicé al menos 150 minutos de ejercicio físico a la semana.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Realicé ejercicio aeróbico al menos 2 veces por semana.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Realicé ejercicio de fuerza al menos 2 veces por semana.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Me mantuve activo(a) durante el día.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Preferí caminar en lugar de usar el transporte.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Dormí al menos 7 horas diariamente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Mantuve una buena higiene del sueño.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Respeté mi horario de sueño.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

-  **No lo hice.**
-  **Lo intenté.**
-  **Sí lo hice.**

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
--	----------	----------	----------	----------

Estuve sentado más de 8 horas al día.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Dormí menos de 6 horas al día.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Dormí más de 9 horas al día.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Me costó trabajo mantener una buena higiene del sueño.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

# Noviembre

Rellene los cuadros con el color que indica el semáforo, de acuerdo a lo que usted realizó en la semana.

- Sí lo hice.**
- Lo intenté.**
- No lo hice.**

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
--	----------	----------	----------	----------

Realicé al menos 150 minutos de ejercicio físico a la semana.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Realicé ejercicio aeróbico al menos 2 veces por semana.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Realicé ejercicio de fuerza al menos 2 veces por semana.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Me mantuve activo(a) durante el día.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Preferí caminar en lugar de usar el transporte.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Dormí al menos 7 horas diariamente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Mantuve una buena higiene del sueño.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Respeté mi horario de sueño.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- No lo hice.**
- Lo intenté.**
- Sí lo hice.**

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
--	----------	----------	----------	----------

Estuve sentado más de 8 horas al día.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Dormí menos de 6 horas al día.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Dormí más de 9 horas al día.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Me costó trabajo mantener una buena higiene del sueño.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------