



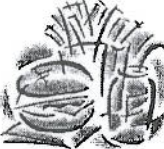
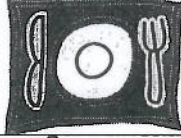




Self Management Goals (SMG) For Patients With Chronic Illnesses

Chronic illnesses should be taken seriously! They include Hypertension, Diabetes, Depression and Heart Disease. YOU, the patient, are the most important person to control these illnesses. WE, the staff of Neighborhood Family Practice, will guide and support YOU as you manage your illness.

The following <u>Goals</u> will help you control your illness to reduce damage to your body.		Start Date	Goal Date	Comments
	I will eat more fruits and vegetables. (55)			
	I will drink less sugar soda and juice. (54)			
	I will eat breakfast. (62)			
	I will increase my water intake. (57)			
	I will reduce my fast food intake. (59)			
	I will reduce my serving size. (60)			
	I will exercise ___ times per week. (65)			
	I will take my medicine. (79)			

Patient's Name: _____ Date: _____



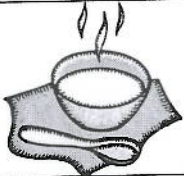


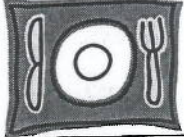


Primary Provider: _____ NFP Staff: _____

Date: _____

revised 12-11 SMOG 9

**Manejo Propio de Metas Personales (SMG) Para Pacientes Con
Enfermedades Crónicas**

Las enfermedades Crónicas son enfermedades muy serias. Estas incluyen Hipertensión, Diabetes, Depresión, y enfermedades del corazón. USTED, el Paciente, es la persona más importante para controlar estas enfermedades. NOSOTROS, el personal del Neighborhood Family Practice, le guiaremos y le brindaremos apoyo USTED maneja sus enfermedades.

Las siguientes <u>Metas</u> le ayudarán a controlar su enfermedad y reducir el daño en su cuerpo.		Fecha de Inicio	Fecha de Meta	Comentarios
	Comeré más frutas y vegetales. (55)			
	Tomare menos refrescos y jugos. (54)			
	Desayunare. (62)			
	Tomare más agua. (57)			
	Reduciré mi consumo de comidas rápidas. (59)			
	Reduciré la porción que me sirvo. (60)			
	Hare ejercicios _____ veces a la semana. (65)			
	Tomare mis medicamentos. (79)			

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Proveedor Primario: _____

Personal de NFP: _____

Fecha: _____