



Herramienta para planificar la vida

El algún día empieza ahora.





El algún día empieza ahora para mí. Hoy mismo lo planearé.

Tal como ocurre con la mayoría de los caminos que recorres, **la vida es más fácil si cuentas con un mapa de cómo llegar.** Precisamente por eso es bueno crear un plan de vida. Desde la educación hasta el trabajo, hasta las relaciones y la familia, tu plan te da una perspectiva de lo que haces hoy, y la forma de llegar a donde quieres estar mañana. No hay respuestas correctas ni incorrectas; de hecho, tu plan probablemente evolucione con los años, tal como la vida evoluciona. ¡Así que manos a la obra!

Empieza ahora.

Olvídate del bolígrafo y mejor usa un lápiz, porque es posible que quieras hacer cambios con el tiempo. Contesta las preguntas codificadas con colores en el siguiente formulario. Al final del formulario, encontrarás un plan de vida en blanco. Rellénalo usando de guía tus respuestas codificadas con colores del formulario. ¿Cuál será el resultado? Tu propio plan de vida personalizado para guiarte en los años verideros.

Comparte tu plan.

Lleva contigo tu plan de vida relleno a tu próxima revisión médica. Compártelo con tu doctor, y no temas hacer preguntas. Ten por seguro que tu doctor te dará buenos consejos. Comparte tu plan con tus amigos, tu familia y tu pareja, también.

PLAN DE VIDA DE

nombre

fecha

edad

MI PROVEEDOR DE SALUD

nombre

número telefónico

mi última cita

mi próxima cita

¿En qué tipo de relación estás?

No importa si eres soltera, sales en citas, estás casada o te encuentras en una zona intermedia, las relaciones son importantes. Piensa en el tipo de persona con la que quisieras planear tu futuro (y está bien si esa persona no existe). Y si ya estás casada, ¿cómo ves su futuro juntos? ¡Sé sincera!

Mi estado actual:

- Soy soltera
- Salgo en citas
- Estoy en una relación estable
- Estoy en una relación seria o estoy casada
- Estoy separada
- Estoy divorciada
- Soy viuda

Quisiera estar en una relación seria:

- ¡Nunca!
- ¡Pronto!
- En 1-5 años
- En 5-10 años
- Algún día, pero no sé cuándo
- Ya estoy en una relación seria
- No estoy segura de querer algún día sentar cabeza

¿Ves hijos en tu vida?

¿Piensas tener hijos algún día? O si ya tienes hijos, ¿quieres tener más? ¿Quieres asegurarte de DESCARTAR del todo el embarazo? No importa la situación en la que estés, recuerda que alrededor del 50 por ciento de todos los embarazos en EE. UU. no son planeados. Prepárate y elige el método de control de la natalidad adecuado para ti. Además, no se te olvide hacer de las pruebas de STI (o infecciones de transmisión sexual) un hábito regular.

¿Cuántos hijos quisieras tener?

- No quiero tener hijos
- No pienso en tener hijos ahora
- 1-2 hijos
- 2-4 hijos
- Más de 4

Mi método de control de la natalidad preferido:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> La píldora, el parche o el anillo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> El condón | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> El IUD o el implante | <input type="checkbox"/> Ninguno, pero lo estoy considerando |

Si tengo más de un hijo, quiero que se lleven:

(se recomiendan al menos 18 meses pero no más de 5 años entre embarazos)

- No lo he pensado. (¿Por qué importa?)
- 12 meses de diferencia (este intervalo está vinculado con un mayor riesgo de complicaciones)
- 1-2 años de diferencia
- 2-4 años de diferencia
- Mas de 5 años de diferencia (este intervalo está vinculado con un mayor riesgo de complicaciones)
- Los hijos que tengose llevan _____ años de diferencia

¿Quién quieres ser?

¿Trabajas y estás avanzando en tu carrera? ¿O estudias actualmente? O quizá te dediques a criar a tus hijos. Asegúrate de pensar en cómo a lo que te dedicas encaja en tu plan de vida, sin importar a qué te dediques. Piensa en lo segura que te sientes respecto al dinero. Además, considera cómo sería tu vida con hijos o sin hijos.

Antes de formar una familia o de que mi familia crezca, quiero: *(puedes marcar más de una cosa)*

- Terminar la secundaria
- Terminar la universidad
- Tener trabajo de tiempo completo
- Haber estado en una relación por _____ años
- Esperar a que mis hijos cumplan los _____ años de edad

Quiero lograr las siguientes metas educativas o de trabajo **antes de tener hijos**:

Ya tengo hijos. Pero mis metas educativas o de trabajo son:

En el aspecto financiero, me siento:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Algo segura | <input type="checkbox"/> No puedo pagar las cuentas |
| <input type="checkbox"/> Completamente segura | <input type="checkbox"/> Necesito ayuda para administrar mi dinero |
| <input type="checkbox"/> Preocupada | |



Cómo alcanzar mis metas.

Cuida de tu cuerpo para estar bien. Elige alimentos sanos, toma mucha agua y toma una vitamina diaria que contenga ácido fólico. Y recuerda que necesitas reponerte cada noche durmiendo al menos siete a nueve horas. Te despertarás descansada y lista para conquistar el mundo.

Hago ejercicio:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Una vez a la semana | <input type="checkbox"/> A veces |
| <input type="checkbox"/> 1-3 veces a la semana | <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> 3-5 veces a la semana | <input type="checkbox"/> Quiero ayuda para hacer ejercicio |

Estoy conforme con mi peso actual:

- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Podría mejorar |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No pienso en ello |

Como:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 3 comidas al día | <input type="checkbox"/> 3 comidas y refrigerios |
| <input type="checkbox"/> 3 comidas al día | <input type="checkbox"/> Más de 3 comidas al día |

Mis comidas y refrigerios normalmente consisten en este tipo de alimentos: *(Incluye el tipo de alimentos que normalmente comes, como plátano, ensalada, pollo, papas a la francesa, etc.)*

Bebo:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 3 vasos de agua al día |
| <input type="checkbox"/> 3-7 vasos de agua al día |
| <input type="checkbox"/> Más de 8 vasos de agua al día |
| <input type="checkbox"/> No bebo agua |
| <input type="checkbox"/> Bebidas cafeinadas (café, refresco) |
| <input type="checkbox"/> Bebidas de dieta |
| <input type="checkbox"/> Té |

Consumo suficiente **ácido fólico** al día: *(Es importante que tomes ácido fólico ANTES de embarazarte para prevenir los defectos de nacimiento. Muchos cereales para el desayuno contienen el 100 por ciento de la dosis de ácido fólico diaria recomendada en una sola porción.)*

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Sí |
| <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> No estoy segura |

Evito fumar cigarrillos y consumir drogas ilegales:

- | | |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Podría mejorar |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Necesito ayuda |

Consumo _____ **bebidas alcohólicas** a la semana.

Veo al doctor al menos una vez al año:

- | |
|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí |
| <input type="checkbox"/> No |

Voy al **dentista** cada seis meses:

- | |
|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí |
| <input type="checkbox"/> No |

Mi última cita con el dentista:

Mi próxima cita con el dentista:

Controlo el **estrés** de la siguiente manera:

Duermo:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 6 horas en la noche |
| <input type="checkbox"/> 6-8 horas en la noche |
| <input type="checkbox"/> Más de 8 horas en la noche |

En la mañana me siento:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Descansada | <input type="checkbox"/> Enferma |
| <input type="checkbox"/> Cansada | <input type="checkbox"/> Malhumorada |
| <input type="checkbox"/> Adolorida | |

Mi sistema de apoyo que se compone de amigos y familiares incluye a:

Tu vida. Tu plan.

Ahora que rellenaste el formulario, rellena los siguientes espacios en blanco. Usa las respuestas de tu formulario si no recuerdas la información. Una vez que termines, tendrás un plan tan único como tú. Firmalo para indicar tu compromiso. Y no se te olvide presumirlo en tu próxima cita con el doctor y compartirlo con tu pareja, tu familia y tus amigos.

El plan de vida reproductiva de: _____ Edad: _____

Fecha: _____ El nombre de mi doctor: _____

En un futuro,

quisiera estar _____ (tipo de relación) y tener _____ (número de)

hijos. Actualmente tengo _____ hijos. Si tengo más de un hijo, quiero que se lleven _____ año(s) de diferencia. Usaré _____

_____ (tipo de método de control de la natalidad) mientras _____

_____ (vaya a la escuela, trabaje, me quede en casa), ganaré \$ _____ (sueldo), haré ejercicio _____ veces a la

semana, pesaré _____ libras, comeré alimentos como _____

_____ de desayuno, almuerzo y cena. Beberé _____ vasos de agua al día y

tomaré una vitamina _____ días a la semana y me aseguraré de que contenga ácido fólico. Mantendré mi estrés controlado _____

_____. Limitaré mi consumo de alcohol a _____

bebidas a la semana y [obtendré ayuda para dejar de fumar / no fumaré] (encierra uno en un círculo). No abusaré de las drogas, que pueden

dañarme el cuerpo y la mente. Iré al doctor _____ veces al año y al dentista _____ veces al año. Dormiré _____ horas todas

las noches y me sentiré _____ en la mañana. Mi sistema de apoyo que se compone de amigos y familiares será: _____

mi firma

Entiendo que mi plan es flexible y que cambiará si hay cambios en mi vida. ¡Me entusiasma el camino que recorreré y todas las posibilidades que me esperan!

