# Rx Prescripción Personal de Estrés

Por favor, escriba como vas aumentar o disminuir tu dosis

| | *Con qué frecuencia o para cuando* |
|---|---|
| Amistades | |
| Gratitud | |
| Espiritualidad | |
| Meditación | |
| Pantallas | |
| Intoxicantes | |
| Familia / Niños | |
| Jugar / Alegría | |
| Ejercicio | |
| Bailar | |
| Planear Vacaciones | |
| Dormir / Descansar | |
| Sonreir / Reir | |
| Tomar descansos, esp. en la naturaleza | |
| Artes visuales / Teatro | |
| Música (escuchar o tocar) | |
| Hidratación / Nutrición | |
| Artesanía / Crear / Cocinar | |
| Amor de mascotas | |

**NOMBRE** **FECHA** **FIRMA**

COMFORT CONSULTING
ORGANIZATIONAL DEVELOPMENT + WELLNESS

susan@nonprofitcomfort.com
202.246.5336
@ComfortConsulting | @NonprofitWellness
www.nonprofitcomfort.com

*This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.*