**Formulario para Evaluar el Autocontrol de la Diabetes.**

Su educador en diabetes ha pedido que conteste algunas preguntas acerca de su diabetes en la preparación para la sesión de educación. Al contestar estas preguntas, usted le proporcionará información valiosa a su equipo de atención de la diabetes. Es importante que responda a tantas preguntas como pueda para que su educador tenga una imagen completa de su diabetes. Sólo le llevará 15 minutos responder a estas preguntas.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Primer nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Primer apellido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Segundo apellido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección (calle; apartamento):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal:\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de su trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de su casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DEMOGRÁFICOS**

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  MASCULINO FEMENINO

 (Mes/día/año)

Raza:  Indígenas Americanos o Nativos de Alaska  Asiático/Chino/Japonés/Coreano  Afroamericano/Negro  Hispano/Chicano/Latino/Mexicano

  Caucásico/Blanco  Nativo de Hawái, Isleño del Pacífico

  De Oriente Medio  Otro

  No conoce

Ocupación:

 Empleado administrativo  Ama de casa  Vendedor  Profesional/Gerencial  Técnico  Otra labor  Estudiante  Desempleado  Jubilado  Deshabilitado  Otro  No conoce

Idioma de Preferencia:  Inglés  Español  Otro  No conoce

Educación (Nivel más alto alcanzado)

 6to Grado o menos  Secundaria sin terminar  Secundaria terminada
 Preuniversitario sin terminar  Preuniversitario (Bachiller)  Universitario

**Preguntas sobre su salud**

1. ¿Qué tipo de diabetes presenta?

 Tipo 1  Gestacional  Otro

 Tipo 2  Pre-diabetes  No conoce

1. ¿Año en que fue diagnosticada su diabetes? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿Usted chequea sus valores de azúcar en la sangre?  Si  No

¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ veces por día

¿En qué horario(s)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valor usual antes de la primera comida del día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valor usual en el horario de las tardes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valores de azúcar en la sangre 1-2 horas después de las comidas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marca del monitor que usa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modelo del monitor que usa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Usted se realiza el examen de cetonas en orina?  Si  No

Si las respuesta anterior es si, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_veces por semana.

1. ¿Usted ha presentado episodios recientes de hiperglucemia (azúcar elevada)?

 Si  No  No sabe

Frecuencia de los episodios de azúcar elevada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valor de azúcar en la sangre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ¿Qué síntomas presentó y que acciones tomó? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Usted ha presentado episodios recientes de hipoglucemia (azúcar baja)?

 Si  No  No sabe

Frecuencia de los episodios de azúcar baja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_veces por semana

Valor de azúcar en sangre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué síntomas presentó y que acciones tomó?

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

1. ¿Señale alguna de las siguientes opciones que represente un obstáculo para un buen cuidado de su diabetes?

 En su casa Transportación Grupo de apoyo

Servicios (agua, gas) Cuidador Ninguno de ellos Alimentos Actividades de la vida diaria Otros

1. ¿Usted tiene dificultad con alguno de los siguientes?  Visión  Lectura

 Dificultad física  Audición  Escritura  Inglés como segunda lengua

 Ninguno de ellos

1. Exprese sus sentimientos acerca de su salud en general \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

1. ¿Usted sufre de dolor crónico?  Si  No
2. ¿Dónde tiene el dolor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. ¿Por cuánto tiempo ha tenido este dolor?  Semanas  Meses  Años
4. ¿Ha recibido tratamientos para el dolor?  Si  No

Si la respuesta es sí, por favor describa el (los) tratamientos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Califique su dolor

 Suave 2 3 4 5 6 7 8 9 Severo

          

1. ¿Presenta algún tipo de alergia? Escríbalas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. ¿Alguna vez le han diagnosticado depresión?  Si  No
2. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado alguno de los siguientes problemas? Por favor, elija la respuesta apropiada para cada caso:

Poco interés o placer en hacer cosas

  Nunca  Varios días  Más de la mitad de los días  Casi todos los días

Se siente triste, deprimido o sin esperanza

  Nunca  Varios días  Mas de la mitad de los días  Casi todos los días

1. ¿Ha sido usted diagnosticado con enfermedad arterial coronaria?  Si  No
2. ¿Ha tenido usted algún infarto cardíaco? Si  No
3. ¿Ha sido usted diagnosticado con colesterol alto? Si  No
4. ¿Ha sido usted diagnosticado hipertensión (presión arterial elevada)? Si  No
5. ¿Ha sufrido usted algún infarto cerebral/ataque transitorio de isquemia cerebral? Si  No
6. ¿Ha sido usted diagnosticado con enfermedad vascular periférica (pobre circulación en las piernas)?

Si  No Si la respuesta es sí, ¿presenta alguna amputación? Si  No

1. ¿Ha sido diagnosticado con neuropatía (nervios afectados por la diabetes)?  Si  No
2. ¿Tiene proteína o albúmina presente en su orina? Si  No  No sabe

1. ¿Ha sido diagnosticado con nefropatía (enfermedad renal)? Si  No

¿Si la respuesta es sí, ha recibido trasplante renal? Si  No

¿Está usted actualmente en diálisis? Si  No

1. ¿Lo diagnosticaron con retinopatía (cambios en la retina debido a la diabetes)?  Si  No

En caso afirmativo, ¿ha tenido alguno de los siguientes?

Recibió tratamiento con laser  Si  No

Tiene cataratas  Si  No

Tiene ceguera (en uno o ambos ojos)  Si  No

Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Se ha caído en el último mes? Si  No **(Si es NO, diríjase a la pregunta 31)**
2. ¿Cuantas veces se ha caído? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Por favor describa cómo se cayó y si usted se lesionó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. ¿Tiene alguna otra condición médica? (especifique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. ¿Fuma? Si  No

1. ¿Qué tipo de tabaco fuma?  Cigarrillo  Cigarro  Pipas  Mascar  Tabaco
2. ¿Cuánto tabaco consume? (paquetes, cajas o cigarros por día)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. ¿Alguna vez ha ido a consejería?  Fue referido  Se reusó
4. ¿Hace cuánto tiempo que dejó de fumar? (si aplica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_años
5. ¿Consume alcohol?  Si  No  Tomaba
6. ¿Consume alcohol  Regularmente (pocas veces por semana) o  Socialmente (pocas veces por mes)?
7. ¿Cuál es la cantidad de alcohol que consume? \_\_\_\_\_(tragos o cervezas por semana) o \_\_\_\_\_ (tragos o cervezas por mes)
8. ¿Cuánto tiempo hace que no bebe alcohol? (si aplica) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_año.
9. ¿Con quién vive?

 Solo  Con hijos solamente

 Con esposo(a) o pareja  Con sus padres solamente

 Con su esposo(a) o pareja e hijos  Con otro miembro de la familia o amigo

 Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Quien le ayuda con el cuidado de su diabetes?

 Usted  Esposo(a) Hijos  No familiar  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Usted tiene recursos financieros que le permiten cuidar de su diabetes?

 Si  No  No sabe

1. ¿Tiene los recursos emocionales para cuidar de su diabetes?

 Si  No  No sabe

1. ¿Cuál cree que son las principales tensiones en su vida?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. ¿Cómo maneja su estrés? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Se siente inseguro o amenazado en  Casa  Trabajo  Escuela (Por favor seleccione todos los que aplican)
2. Califique como se siente. Por favor, elija la respuesta apropiada para cada elemento:

 Inseguro 2 3 4 5 6 7 8 9 Muy seguro

          

1. ¿Ha recibido educación en diabetes anteriormente? Si  No  No sabe

¿En caso afirmativo, cuál es la fecha en que recibió su educación en diabetes?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Dónde recibió su educación en diabetes? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses? Si  No

¿Número aproximado de las veces que ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Número de días en el hospital el año pasado? \_\_\_\_\_\_\_\_

 Razón(es) de la hospitalización \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. ¿En los últimos 12 meses ha tenido que acudir a la sala de emergencia? Si  No

¿Número aproximado de visitas a urgencias en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón(es) de las visitas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿En los últimos 12 meses ha visitado a su médico de atención primaria? Si  No

¿Número aproximado de las visitas al médico de atención primaria en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_\_\_\_

Motivo de las visitas al médico de atención primaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿En los últimos 12 meses ha tenido otras visitas a especialistas?  Si  No

 ¿Número aproximado de visitas a especialistas durante los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Motivo de las visitas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Está comiendo de manera diferente desde que conoce que tiene diabetes?

 Si  No  No sabe

¿En caso afirmativo, que cambios ha hecho?

  Comer menos  Comer más vegetales  Comer menos azúcares

  Comer menos grasas  Tomar menos sodas y jugos

Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cuántas veces al día usted come?

 Una  Dos Tres Cuatro o más

1. ¿Qué comidas usted tiende a omitir?  Desayuno  Almuerzo Cena

 Ninguna

1. ¿Quién cocina en su casa?

 Usted  Esposa(o)  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Con qué frecuencia usted come fuera de casa? \_\_\_\_veces por semana
2. ¿Lleva usted alguna alimentación especial?  Si  No

 Describa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Pertenece usted a alguna cultura o religión que requieren ayuno o restricción dietética ?

  Si  No

1. ¿Hace ejercicio físico?  Si  No
2. ¿Qué tipo de ejercicios físico realiza?

 Caminar  Montar bicicleta  Deportes (básquetbol, softball, etc.)

 Correr  Jugar al golf  Gimnasia aeróbica

 Nadar  Tenis  Levantar pesas

 Bailar Ninguno  Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Semanalmente:

 ¿Cuántos días realiza ejercicio?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuántos minutos usualmente se dedica a hacer ejercicio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Con qué frecuencia usted se examina los pies? Por favor, elija sólo una de las siguientes opciones:  Diariamente  Una vez al mes

 Unas veces por semana  Menos de una vez por mes

Una vez por semana  Nunca  Unas veces al mes

***La siguiente información solo si es mujer***

62.  *Número de embarazos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Número de nacidos vivos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Método anticonceptivo que usa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *¿Tuvo algún bebe mayor de 9 libras al nacer? Si  No*

 *¿Historia de diabetes gestacional? Si  No*

 *¿Actualmente embarazada? Si  No*

 *¿Desea concebir un embarazo? Si  No*

 *Reached menopause?  Yes  No*

1. ¿Está teniendo problemas en sus relaciones íntimas? Si  No
	1. En caso afirmativo, ¿ha buscado tratamiento para sus problemas sexuales?  Si  No
	2. Si es así, ¿fue exitoso el tratamiento?  Si  No
2. ¿Cuál es su resultado más reciente de su presión arterial?
	1. \_\_\_\_Sistólica SOBRE \_\_\_\_\_ Diastólica
	2. ¿Cuándo fue su última medición de la presión arterial? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
3. ¿Cuándo fue su último examen dental? Mes\_\_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_Año\_\_\_\_\_
4. ¿Cuándo fue su último examen de vista? Mes\_\_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_Año\_\_\_\_\_
5. ¿Cuál es su último nivel de glucosa en sangre, en ayunas?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	1. ¿Cuándo fue su última prueba de glucosa en sangre, en ayunas? Mes\_\_\_\_\_Día\_\_\_\_Año\_\_\_\_
6. ¿Cuál es su último nivel de A1c ? \_\_\_\_\_\_\_\_%
	1. ¿Cuándo fue su última prueba de A1c? Mes\_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_Año\_\_\_\_\_

1. Resultados de la prueba de colesterol más reciente (si se conoce):

Colesterol Total \_\_\_\_\_ HDL Colesterol \_\_\_\_­

 LDL Colesterol \_\_\_\_ Triglicéridos \_\_\_\_

* 1. ¿Cuándo fue su última prueba de Perfil de lípidos? Mes\_\_\_ Día \_\_\_Año\_\_\_\_
1. ¿Cuándo fue su última vacuna contra la gripe? Mes\_\_\_\_ Día\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
2. ¿Cuándo fue su última vacuna contra la neumonía? Mes\_\_\_\_ Día\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
3. ¿Cuándo fue su último examen completo de los pies? Mes\_\_\_\_ Día\_\_\_\_ Año \_\_\_\_
4. ¿Cuál es su estatura? \_\_\_\_pies\_\_\_\_pulgadas.
5. ¿Cuál es su peso corporal? \_\_\_\_\_\_\_\_libras.
6. ¿Cuál es su circunferencia abdominal? \_\_\_\_\_\_\_pulgadas.

**POR FAVOR COMPLETE LA SECCION DE MEDICAMENTOS**

1. Espero obtener lo siguiente de este programa educativo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Mencione dos cosas que usted siente que necesita más ayuda para mejorar su diabetes:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medicamentos: (Indique todos los medicamentos prescriptos / recetados y productos herbales que toma)**

# NOMBRE DOSIS (# mg) FRECUENCIA

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

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

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

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

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

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

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

Gracias por completar el formulario. La información que ha suministrado le proporcionará a su equipo de atención de la diabetes una mejor imagen de su condición integral.