

Nombre:		Nombre con el que prefieres que te llamen:		Fecha de nacimiento:		Fecha:	
Alfabetización en materia de estilo de vida, afrontamiento y salud *							
Estado: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo – ¿Quién más en el hogar? _____							
¿Trabajas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo de trabajo y horario: _____ Idioma principal: _____							
Raza: _____ Enumera las creencias culturales o religiosas que puedan afectar tu atención _____							
¿Cómo se aprende mejor? <input type="checkbox"/> Materiales escritos <input type="checkbox"/> Discusión verbal <input type="checkbox"/> Video <input type="checkbox"/> _____							
¿Tienes alguna dificultad con? (Encierra en un círculo todas las opciones que correspondan) Escuchar - Leer - Escribir - Oír - Ver Comprensión							
¿Necesitas ayuda para entender instrucciones, folletos u otro material escrito de tu médico o farmacia? No – A veces – Siempre							
¿Cuál es tu horario de sueño? ¿Tienes problemas para dormir? _____ CPAP utilizado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Si tienes dolor, ¿cómo afecta esto a tu estilo de vida? _____							
Consumo de tabaco <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Tipo/Cantidad/Fecha de abandono: _____ Consumo de alcohol <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo/Cantidad/Fecha de abandono: _____							
Enumera todas las cirugías que tienes planeadas en los próximos 3 meses: _____							
Motivo por el que estuviste hospitalizado, en sala de emergencias o en atención de urgencia en los últimos 30 días: _____							
Apoyo para personas con problemas de diabetes							
¿Cómo calificarías tu salud en general? <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo							
¿Quién más en tu familia tiene diabetes? _____							
Enumera cualquier cosa sobre la diabetes que te cause estrés o angustia. _____							
¿Cómo afrontas este estrés/angustia? _____ Persona de apoyo principal: _____							
Estar activo/Actividad física							
¿Qué actividad física realizas en forma habitual? _____ Con qué frecuencia: _____							
¿Qué barreras, si las hay, tienes para la actividad física? _____							
Historia clínica				El educador completa esta sección			
Sí No				Fisiopatología y tratamiento de la diabetes			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas oculares:		Tipo de diabetes:		¿Cuándo se diagnostica?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas nerviosos:		Altura: _____ Peso: _____ Última A1C (fecha/valor): _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas renales:		Laboratorios (Fecha: _____): Col.: _____ HDL: _____ LDL: _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de estómago o intestino:		Triglicéridos: _____ GFR: _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pie:		Si recibiste educación previa sobre diabetes, ¿cuándo/dónde?: _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impotencia:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones frecuentes:		¿Cuáles son tus objetivos para la sesión educativa?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del corazón:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas respiratorios pulmonares:		Monitoreo de la glucosa y alfabetización en salud*			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta/baja:		¿Tiempos de SMBG? _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular: cuando notas:		Tipo de BG/CGM: _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Notas sobre la artritis		Historia de BG: Desayuno: a Almuerzo a Cena a HS a			
Complicaciones crónicas: Prevención Detección Tratamiento							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes un médico de atención primaria? ¿Fecha de la última visita?		¿Qué son los objetivos de BG*?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El médico te examinó los pies?		Si utilizas CGM, ¿cuál es tu objetivo TIR*?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te examinas los pies diariamente?		¿Cuál es tu objetivo de A1C*?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ves a un podólogo? Fecha de la última visita:		Toma de medicamentos y conocimientos sobre salud*			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Vas a ver a un dentista? Fecha de la última visita:		Medicamentos orales para DM/dosis*/¿pueden causar niveles bajos de glucosa en sangre*?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ves a un oculista? Fecha de la última visita:		Inyecciones de insulina/DM: ¿Tipo/cuándo/dosis*/escala móvil*/sitios/almacenamiento/puede causar niveles bajos de glucosa en sangre*? (Si insulina: bolígrafos, viales, bomba)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te pusiste la vacuna contra la gripe? Última fecha:		En una semana típica, ¿cuántas veces olvidas tomar tu medicamento para la diabetes?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Recibiste la vacuna contra el herpes zóster? Cuál:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Recibiste la vacuna contra el COVID 19? Cual:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Estás embarazada? Si es así, ¿para cuándo se espera el parto?					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Estás planeando quedar embarazada?					
Enumera cualquier complicación del embarazo: _____							
Complicaciones agudas: Prevención Detección Tratamiento				Alimentación saludable y alfabetización en salud*			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Llevas una identificación médica?		Dieta Actual y Pasada: _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hiperglucemia (350 o más)? Con qué frecuencia:		¿Sabes qué alimentos aumentan la glucosa en sangre*?			
¿Cómo te tratas la hiperglucemia?							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez has tenido CAD? ¿Cuándo?		¿Puedes leer las etiquetas de los alimentos?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez te haces pruebas de cetonas?		Alergias alimentarias/problemas gastrointestinales: _____			
¿Qué harías si tuvieras cetonas?				¿Quién compra/cocina?: _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes hipoglucemia? ¿Con qué frecuencia?		Comidas consumidas: <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Bocadillos			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Puedes saber si tienes hipoglucemia?		Comida Bebida Bocado Notas: _____			
¿Cómo manejas tu diabetes cuando estás enfermo?				<input type="checkbox"/> Necesitas derivación a RD para MNT			
				Firma del educador/Fecha			
				Otros medicamentos: Enumerar o adjuntar			
¿Cómo estás preparado con medicamentos y suministros para la diabetes en caso de tener que abandonar tu hogar con poca antelación y sin saber por cuánto tiempo?							