

**Evaluación pediátrica
Para niños de 10 años o menos**

Fecha: _____

(Esta evaluación está destinada a niños que necesitan que otra persona complete el formulario)

Estilo de vida/Actividad física

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Método de comunicación preferido: Teléfono Mensaje de texto Correo electrónico: ¿Utilizas: Computadora Tableta Teléfono inteligente

Idioma principal: _____

Enumera las creencias culturales o religiosas que pueden afectar tu atención: _____

¿Cómo aprende mejor el niño? Materiales escritos Discusión verbal Video _____

¿Tiene el niño dificultades con? (Encierra en un círculo todas las opciones que correspondan) Escuchar-Leer-Escribir-Oír-Ver-Comprender

Persona que completa este formulario: _____ Relación con el niño _____

Estado civil de los padres (si corresponde): Soltero Casado Divorciado Viudo

Método de comunicación preferido: Teléfono Mensaje de texto Correo electrónico ¿Utilizas: Computadora Tableta Teléfono inteligente

¿Cómo se aprende mejor? Materiales escritos Discusión verbal Video _____

¿Tienes alguna dificultad con? (Encierra en un círculo todas las opciones que correspondan) Escuchar-Leer-Escribir-Oír-Ver-Comprender

¿Necesitas ayuda para entender instrucciones, folletos u otro material escrito del médico o la farmacia? No - A veces - Siempre

Horario típico de un niño durante la semana: Vive con (incluidos hermanos): _____

Dormir, Escuela, (Trabajo, Deportes, Tipo de ejercicio), horario: _____

Describe cualquier inquietud relacionada con la diabetes relacionada con cualquiera de las actividades anteriores: _____

Horario típico de fin de semana del niño: Vive con (incluidos hermanos): _____

Dormir, Escuela, (Trabajo, Deportes, Tipo de ejercicio), horario: _____

Describe cualquier inquietud relacionada con la diabetes relacionada con las actividades anteriores: _____

¿El niño usa productos de tabaco? No Sí Tipo/Cantidad/Fecha de abandono: _____

¿El niño bebe alcohol? No Sí ¿Tipo/Cantidad/Fecha de abandono?

Apoyo para la angustia por diabetes/afrontamiento saludable

Describe cualquier estrés que esté experimentando el niño en su vida. _____

Describe cualquier estrés financiero que esté experimentando la familia. _____

En palabras del propio niño ¿Qué es la diabetes? _____

Indica si el niño estaría de acuerdo, es neutral o no está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

- ¿Cómo calificaría el niño su salud general? Excelente Bueno Regular Malo
- Mi diabetes interfiere con otros aspectos de mi vida. De acuerdo Neutral En desacuerdo
- Mi nivel de estrés es alto. De acuerdo Neutral En desacuerdo
- Tengo cierto control sobre si tengo o no complicaciones de la diabetes. De acuerdo Neutral En desacuerdo
- Tengo dificultades para hacer cambios en mi vida para cuidar mi diabetes. De acuerdo Neutral En desacuerdo

¿Qué es lo que más le preocupa a su hijo acerca de la diabetes?

¿Qué es lo más difícil para el niño en el cuidado de su diabetes?

¿Cuáles son los pensamientos o sentimientos del niño sobre este tema? Frustrado Enojado Culpable Otro?

¿De quién recibe apoyo el niño para la diabetes? Padre/s Abuelo/s Hermano/s Maestro/s Enfermera de la escuela Empleador Entrenador Pediatra Otro _____

¿Quién más en la familia del niño tiene diabetes y de qué tipo?

¿Cómo maneja el estrés el niño?

Círculo Si el niño tiene o está recibiendo asesoramiento de un trabajador social, psicólogo o psiquiatra, ¿permitirías que la oficina hable con ellos? No Sí Nombre: _____ Teléfono: _____

Historial de salud, tipo de diabetes y exámenes preventivos

Al niño se le diagnosticó Tipo 1 Tipo 2 Pre-diabetes a la edad de _____ fecha _____.

Enumera cualquier cirugía o procedimiento planificado en los próximos 3 meses: _____

¿Tiene el niño alguno de los siguientes síntomas debido a la diabetes? No

- Problemas oculares Dolor nervioso Problemas renales Presión arterial alta Colesterol alto
 Enfermedad cardíaca Enfermedad de la tiroides Problemas en los pies Infecciones frecuentes
 Problemas dentales Otro: _____

¿Qué pruebas/procedimientos se le han realizado al niño en los últimos 12 meses?

- Examen de ojos dilatados Análisis de orina para detectar proteínas Examen de los pies
 Por uno mismo o Por un proveedor de atención médica Examen dental Presión arterial
 Colesterol A1C Vacuna contra la gripe Vacuna contra la neumonía Vacuna contra el COVID 19

Nombre del endocrinólogo: _____ fecha de la última visita: _____

Nombre del proveedor de atención primaria: _____ fecha de la última visita: _____

Otros especialistas que visita el niño:

Medicamentos y suplementos

Enumera cualquier alergia o reacción a algún medicamento: _____

*Enumera los medicamentos para la diabetes y cómo se almacenan: _____

*Inyecciones de insulina: Si el niño usa una bomba de insulina, ve a esa sección.

- ¿Quién aplica las inyecciones? _____
- ¿Qué sitios de inyección se utilizan? _____
- Tipos de insulina y viales o plumas y cómo se determina la dosis: _____

*Bomba de insulina: Nombre de la bomba: _____

- ¿Cuántos años lleva el niño utilizando una bomba de insulina? Menos de 1 1-2 3 o más
- ¿Funciona con un CGM? Sí No No estoy seguro
- ¿Tiene el niño un plan de inyección de insulina sin bomba? No No estoy seguro Sí, es: _____
- ¿Tiene el niño un plan de prevención de CAD? No No estoy seguro Sí, lo es: _____
- Enumera a continuación las tasas basales de bombeo, las proporciones de carbohidratos, los factores de corrección y los rangos objetivo de glucosa si los conoces. No los conozco Ver informe de configuración de la bomba adjunto.

Tiempo	Tasa basal	Relación de carbohidratos	Factor de corrección	Objetivo de glucosa
12:00 am	_____	_____	_____	_____
__: __ m	_____	_____	_____	_____

__: __ m _____
__: __ m _____
__: __ m _____

Utiliza el reverso de la página si necesitas más espacio.

¿Con qué frecuencia en una semana el niño olvida su dosis de insulina? Nunca Una vez 1-2 3 o más

¿Qué otros medicamentos toma el niño (con receta o sin receta) y por qué? _____

Vitaminas o suplementos que toma el niño:

Monitoreo de glucosa (BGM) y monitoreo continuo de glucosa (CGM)

¿Qué tipo de medidor de glucosa y CGM (si corresponde) usa el niño? _____

¿Con qué frecuencia tu hijo/tu controlas su nivel de glucosa? Nunca
 1-2 veces al día 3-4 veces al día 5-6 veces al día Más de 6 veces al día

¿Cuáles son los objetivos de glucosa en sangre de tu hijo?

_____ a _____ antes de las comidas _____ a _____ después de las comidas _____ a _____ antes de acostarse
_____ a _____ antes de la actividad física _____ a _____ antes de la escuela/guardería

¿En qué rango se encuentra el nivel de glucosa en sangre de tu hijo en los siguientes momentos?

_____ a _____ antes del desayuno _____ a _____ antes del almuerzo _____ a _____ antes de la cena
_____ a _____ antes de acostarse _____ a _____ antes de la actividad física _____ a _____ antes de la escuela/guardería

*Si se utiliza un CGM, ¿cuál es el objetivo del niño?

- Tiempo en rango (TIR): _____ % No sé No me han enseñado esto
- Índice de control de glucosa (GMI): _____ % No sé No me han enseñado esto

Si estás monitoreando estos, ingresa los CGM de los últimos 14 días: TIR = _____ % GMI = _____ %

Complicaciones agudas y días de enfermedad

¿Tu hijo lleva o porta una alerta médica para diabetes? No Sí tipo: _____

En los últimos 6 meses debido a la diabetes: _____ días perdidos de escuela _____ días perdidos de deportes, otros intereses.

Enumera todas las visitas al hospital, sala de emergencias o atención de urgencias en el último año debido a la diabetes y por qué: _____

Durante la última semana, ¿con qué frecuencia ha tenido el niño un nivel bajo de glucosa? Nunca 1 vez
 2-3 veces 4-6 veces diariamente varias veces al día.

¿Qué síntomas de niveles bajos de glucosa tiene el niño y en qué nivel de glucosa? _____.

Describe cualquier momento particular del día o actividad asociada con los niveles bajos de glucosa. _____

¿Cómo se tratan los niveles bajos de glucosa? _____

¿Tienes y sabes cómo utilizar el glucagón? No Sí Tipo de glucagón: _____

En el último año, ¿cuántas veces ha necesitado el niño glucagón? Ninguno Una vez 2-4 5 o más

Durante la última semana, ¿con qué frecuencia ha tenido el niño un nivel de glucosa de 300 o más? Nunca 1 vez
 2-3 veces 4-6 veces diariamente varias veces al día.

¿Qué síntomas de glucosa alta presenta el niño y en qué nivel de glucosa? _____.

Describe cualquier momento particular del día o actividad asociada con los niveles altos de glucosa. _____

*¿Qué haces cuando los niveles de glucosa están altos? _____

¿Tienes y sabes cómo utilizar las tiras reactivas de cetonas? No Sí Tipo de prueba de cetonas: Orina Sangre

*En el último año, ¿cuántas veces ha consumido cetonas el niño? No sé Ninguno Una vez 2-4 5 o más

*Describe por qué el niño tenía cetonas. _____

*¿Qué hacer cuando el niño tiene cetonas? _____

¿Cómo se controla la diabetes cuando el niño está enfermo? _____

Patrones de alimentación

Enumera cualquier alergia alimentaria y problemas gastrointestinales: _____

Enumera los alimentos que le gustan y no le gustan: _____

¿El niño sigue algún patrón de alimentación especial? No Bajo en sodio Bajo en grasas Sin gluten

¿Cuántas veces come fuera de casa el niño cada semana? Nunca 1-2 3 -5 6 o más

¿Cuántas veces por semana come el niño comida rápida? Nunca 1-2 3 -5 6 o más

¿Cuántas comidas escolares o de guardería come el niño diariamente? Nunca 1 2 3

*El niño: cuenta carbohidratos Sí No Lee las etiquetas de los alimentos Sí No

Usa aplicaciones para contar carbohidratos Sí No

*Encierra en un círculo lo que tú o el niño hacen: Cuenta los carbohidratos - lee las etiquetas de los alimentos - y utiliza aplicaciones para contar carbohidratos

Si se utilizan aplicaciones para contar carbohidratos, ¿cuáles son? _____

Enumera en un día típico los horarios y lo que come y bebe el niño.

	Hora:	Comidas y bebidas
Desayuno		
Bocadillo		
Almuerzo		
Bocadillo		
Cena		
Bocadillo		

¿Tú o tu hijo han recibido anteriormente educación sobre autocontrol de la diabetes? Sí No No estoy seguro

¿Tú o tu hijo han consultado anteriormente a un dietista sobre la diabetes? Sí No No estoy seguro

¿Qué te gustaría aprender hoy?

**Indica elemento de evaluación de alfabetización en salud*

Creado 5/2022