

Nombre: _____		Nombre con el que prefieres que te llamen: _____		Fecha de nacimiento: _____		Fecha: _____	
Alfabetización en materia de estilo de vida, afrontamiento y salud *							
¿Quién más vive 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 - Comprender - Ninguno de estos problemas							
¿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							
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"/> Sí Tipo/Cantidad/Fecha de abandono: _____							
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							
¿Cuáles son tus sentimientos sobre la diabetes? <input type="checkbox"/> Enojado/Molesto <input type="checkbox"/> Molesto/Triste <input type="checkbox"/> Frustrado <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Negación/Incredulidad <input type="checkbox"/> Sorprendido							
<input type="checkbox"/> Preocupado <input type="checkbox"/> Curioso <input type="checkbox"/> Inquieto <input type="checkbox"/> Motivado <input type="checkbox"/> No hay problema Enumera las cosas más difíciles para ti acerca de la diabetes: _____							
¿Cómo afrontas este estrés/angustia? _____ Persona de apoyo principal: _____							
Estar activo/Actividad física <input type="checkbox"/> Mi proveedor de atención médica me ha recomendado NO hacer ejercicio <input type="checkbox"/> Estoy en reposo en cama							
¿Qué actividad física realizas en forma habitual? _____ Con qué frecuencia: _____							
¿Qué barreras, si las hay, tienes para la actividad física? _____ ¿Cuáles son tus pasatiempos? _____							
Embarazo y antecedentes clínicos							
Enumera problemas médicos pasados o actuales, medicamentos, incluidos los de venta libre. Enumera también todas las vitaminas y suplementos que estás tomando.							
Altura: _____ antes del embarazo Peso _____ N.º Ahora: _____ N.º ¿Embarazada de 1 o _____ bebés? ¿Qué N.º embarazo es este? Edades de otros niños _____							
¿Cuántas semanas de embarazo tienes ahora? _____ Fecha de parto: _____ Método de parto planificado: Vaginal o cesárea							
				Educador Completa desde aquí hacia abajo en este lado			
Fecha de la última visita al obstetra y ginecólogo: _____				Fisiopatología y tratamiento de la diabetes			
Próxima visita: _____ Fecha de la última ecografía: _____ a las _____ semanas del embarazo.				Tipo de diabetes: <input type="checkbox"/> Pre DM <input type="checkbox"/> T1DM <input type="checkbox"/> T2DM <input type="checkbox"/> GDM ¿Cuándo se diagnostica?			
Círculo Nacido a las 39 semanas o después Sí No Cómo: Cesárea Vaginal				Análisis de laboratorio (Fecha: _____ Col.: _____ HDL: _____ LDL: _____ Tg: _____			
Marca con un círculo problemas de embarazos anteriores: GDM - Cuello uterino incompetente - Parto prematuro - Preeclampsia/Eclampsia /Toxemia - Abortos espontáneos Otros Explicar _____				GFR: _____ Valores/Fechas: Última A1C Última FBG			
				Si recibiste educación previa sobre diabetes, ¿cuándo/dónde?: _____			
				¿Cuáles son tus objetivos para la sesión educativa? _____			
Fecha del último embarazo. Visitas relacionadas al hospital/urgencias y por qué: _____				Monitoreo de glucosa en sangre (BGM) y alfabetización en salud*			
¿Has amamantado en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No				¿Tiempos de BGM? _____			
¿Estás planeando este embarazo? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No				Tipo de BGM/CGM: _____			
¿Conoces el impacto que tiene la diabetes en el embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Historia de BG: Desayuno a Almuerzo a Cena a HS a			
Complicaciones crónicas: Prevención Detección Tratamiento				¿Cuáles son los objetivos de glucosa en el embarazo*?			
Sí No				Si usas CGM, ¿cuál es tu objetivo TIR durante el embarazo*?			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		¿Te examinas los pies diariamente?		¿Cuál es tu objetivo de A1C*?			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		¿El médico te examinó los pies?		Toma de medicamentos y conocimientos sobre salud* <input type="checkbox"/> Sin medicación para DM			
<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*?			
<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"/>		¿Recibiste la vacuna contra el COVID 19? Cual: _____					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Enumera otras vacunas: _____					
Complicaciones agudas: Prevención Detección Tratamiento				En una semana típica, ¿cuántas veces olvidas tomar tu medicamento para la diabetes?			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		¿Hiperglucemia (140 o más)? Con qué frecuencia: _____		Alimentación saludable y alfabetización en salud* Agrega Recordatorio de 24 horas con horarios en el reverso.			
¿Cómo te tratas la hiperglucemia? _____				Planes de alimentación actuales y anteriores: _____			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		¿Alguna vez has tenido CAD? ¿Cuándo? _____		¿Sabes qué alimentos aumentan la glucosa*? _____			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		¿Alguna vez te haces pruebas de cetonas? _____		¿Puedes leer las etiquetas de los alimentos?* Almuerzo <input type="checkbox"/> Sí Almuerzo <input type="checkbox"/> No			
¿Qué harías si tuvieras cetonas? _____				Alergias alimentarias/problemas gastrointestinales: _____			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		¿Tienes hipoglucemia? (65 o menos)¿Con qué frecuencia? _____		¿Quién compra/cocina?: _____			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		¿Puedes saber si tienes hipoglucemia? _____		Comidas consumidas: <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Bocadillos			
¿Cuál es tu plan para los Días de Enfermedad por Diabetes y Embarazo? _____				Comida Bebida Bocadillo Notas: _____			
¿Cuál es tu plan de Diabetes y Embarazo con medicamentos y suministros en caso de tener que salir de casa con poco aviso y sin saber por cuánto tiempo? _____				Firma del educador/Fecha			