



Historia de Rosa

Medical Record #: _____

Nombre: _____

Fecha de Hoy: _____

Encuesta previa al grupo

Por favor enséñenos un poco acerca de usted al marcar el ovalo mas apropiado

Es usted: Hombre Mujer

Edad: 18-24 25-34 35-44 45-54 55-64 +65

País de origen: Estados Unidos México Puerto Rico España
 Centro America Cuba Sur America Rep. Dominicana

Ciudad de residencia: _____ Código postal: _____

¿Cuanto ingles entiende usted? Nada Un poco Casi todo Todo

¿Qué idioma habla su médico de cabecera? Español Ingles

¿Hable usted en español con su doctor? Si No

¿Sus recetas están escritas en español? Si No

¿Le han hospitalizado o ha tenido que ir a la sala de emergencia en el último año?

Si No

Si esto le ocurrió, díganos ¿porque?: _____

¿Cual es su tipo de diabetes?

Tipo 1 Tipo 2 Diabetes Gestacional No lo se

¿Cuales oportunidades ha tenido usted para recibir educación en diabetes?

Clases en grupo Citas con la dietista o enfermera educadora Video
 Ninguna Materiales escritos (folletos o cartillas) Otra:

Medición del azúcar en sangre

Se mide su nivel de azúcar con su medidor (glucómetro)? Si No

¿Cuantas veces al día? 0 1 2 3 4 5 6 7

¿Cuantas veces a la semana? 0 1 2 3 4 5 6 7

¿Sabe que debe hacer con el resultado? Si No

¿Conoce sus metas para antes y después de las comidas? Si No

Si no se la mide, díganos porque: (marque todas las que sean barreras para usted)

- Le duele No tengo un medidor o glucómetro
 Es muy costoso Me parece muy complicado
 No puede hacerlo usted solo Otra: _____

Control de la Diabetes

- ¿Cual es su meta para la prueba del A1C? _____ No lo sé
¿Cual fue el resultado de su ultima prueba de A1C? _____ No lo sé

Complicaciones

¿Conoce cuales son los exámenes y pruebas necesarias para saber si usted tiene complicaciones causadas por la diabetes?

- Si No No los conozco

¿Sabe cada cuanto se deben realizar estas pruebas y exámenes?

- Si No No lo sé

Ejercicio

¿Con que frecuencia hace ejercicio por 20 minutos o mas?

- Nunca 1 o 2 veces por semana
 3 a 4 veces por semana más de 4 veces por semana

Plan de Alimentación

¿Ha recibido un plan de alimentación o dieta para ayudarle en el control de su diabetes?

- Si No

¿Sigue esta dieta la mayoría del tiempo?

- Si No

Medicamentos para la Diabetes:

¿Cuantos días de la semana se toma sus medicamentos como le indicaron?

- 0 1 2 3 4 5 6 7

Marque la respuesta que usted considere correcta:

- verdadero falso: La diabetes se cura
 verdadero falso: Yo no puedo evitar que las complicaciones me ocurran
 verdadero falso: Una forma de bajar mis niveles de azúcar es dejando de comer
 verdadero falso: Todas las personas con diabetes deben seguir la misma dieta
 verdadero falso: Hacerme cargo de limpiar la casa y los niños es suficiente ejercicio
 verdadero falso: Hacer ejercicio por 10 minutos es una perdida de tiempo
 verdadero falso: Quienes usan insulina tienen una diabetes más grave
 verdadero falso: Mi doctor es el responsable de controlar mi diabetes
 verdadero falso: La insulina puede causar ceguera
 verdadero falso: Yo no tengo ningún síntoma, eso quiere decir que mi diabetes esta bien controlada

Bajas de Azúcar

¿Con que frecuencia sus niveles de azúcar bajan por debajo de 70?

- nunca mensualmente semanalmente a diario

¿Es esto un problema para usted?

- Si No

Azúcar Alta

¿Con que frecuencia sus niveles de azúcar en la sangre suben por encima de 150 en la mañana o antes de las comidas (desayuno, almuerzo y cena)?

- nunca mensualmente semanalmente a diario

Examen de los Pies

¿Con que frecuencia examina usted sus pies?

- nunca mensualmente semanalmente a diario

Días de Enfermedad

¿Sabe como debe ajustar su tratamiento para la diabetes cuando esta enfermo?

- Si No

Tabaquismo

¿Fuma usted?

- Si: ¿Cuantos cigarrillos al día? _____
 No Deje de fumar recientemente

Embarazo (para las mujeres)

¿Ha recibido información acerca de como planear un embarazo cuando se tiene diabetes?

- Si No No aplica

Bienestar

¿En el ultimo mes, con frecuencia se ha sentido baja de pilas, deprimida y sin esperanza?

- Si No

Cuidado de los Ojos

¿Ha tenido un examen de ojos en el último año? Si No

Salud de los riñones

¿Ha tenido una prueba de microalbúmina (prueba de orina) en el último año?

- Si No No estoy seguro

Cuidado Dental

¿Ha tenido un examen dental en el último año? Si No

Nutrición

¿Ha tenido una cita con un dietista en el último año? Si No