

Centro De Diabetes
 Elmhurst Memorial Healthcare
 Centro para la salud 1200 S. York St., Elmhurst, IL 60126
 Evaluación Para la Diabetes

Fecha _____

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Teléfono © _____

Estado Conyugal: Casado Soltero Viudo Divorciado Médico _____

Persona de Contacto _____ Empleado/Oficio _____

¿Cuándo Descubrió que tenía la Diabetes? (mes/año) _____

¿Toma alguna medicina para La diabetes?:

<u>Nombre</u>	<u>Dosis</u>	<u>Horario</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Otras Medicinas: _____

¿Tiene Ud. cualquier de estas enfermedades?

Alta Presión _____ Infarto Cerebral _____ Colesterol Elevado _____ Problemas de Corazón _____

Problemas de Pulmon _____ Problemas Digestivas _____ Impotencia _____

Artritis _____ Problemas del Oído _____ Vision _____ Tiroide _____

Cirrugias _____ Alérgias _____

Otros _____

¿Ha estado admitido (a) al hospital en este ultimo año? Sí _____ No _____ Veces _____

¿Por qué razón? _____

Historia de la Salud

	SÍ	NO	Explicación o Comentario
¿Ha asistido a una clase o platica sobre la diabetes?			Quando: Donde:
¿Alguna persona en su familia tiene diabetes?			Quien:
¿Se mide su azúcar de sangre en su casa			Maquina:
¿Cuántas veces por día? ¿Cómo esta el nivel de azúcar en la sangre?			Las Mañanas: _____ Las Tardes _____ Noches _____ Otros _____
¿Ha tenido una prueba de hemoglobina A1C?			¿Quando? _____ ¿Resultado? _____

	SÍ	NO	Explicación o Comentario
¿Ha tenido niveles bajos de azúcar de sangre?			¿Cuántos veces por mes?
¿Quando?			Mañanas _____ Tardes _____ Noches _____
¿Cómo se siente cuando tiene azúcar baja			Temblores _____ sudores _____ mareos _____ otros _____
¿Cómo se trata la azúcar baja?			Tabletas de glucosa _____ otro _____

¿Usa una forma de identificación médica?			
¿Fuma Ud?			Cuantos por día_____ Cuantos años_____
¿Ha Fumado?			¿Cuándo dejó de fumar?
¿Ha tenido alguna problema de visión? (Retinopatía)			¿Qué Problemas? Tratamiento (Si alguno):
¿Cuándo fue su último examen de ojos?			Mes / Año:
¿Ha tenido alguna problema de riñon?			Explica: Tratamiento (Si alguno):
¿Ha tenido algun dolor o ha sentido entumido los pies o las manos?			Explica: Tratamiento (Si alguno):
¿Ha tenido algun problema de los pies, por ejemplo, heridas o llagas que no cicatrizan?			Explica:
¿Cuándo visitó al dentista por último vez?			Fecha:
¿Hace ejercicio?			Tipo: Minutos/día: _____ Veces/semana: _____
¿Si no, qué previene que no hace ejercicio?			Explica:
¿Duerme bien cada noche?			
¿Siente algun dolor?			¿Donde?
Mujeres: ¿Planea Ud. Embarazarse?			

Necesidades de Enseñanza

¿Cualquiera del siguiente hace su manejo de diabetes difícil?	Cultura_____ Religión_____ Idioma_____ Abilidad para leer_____ Oír_____ Visión_____
¿Que quiere cambiar del siguiente?	Mejorar su alimentación_____ Hacer mas ejercicio _____ Reducir el estres_____ Chequiarse su azucar mas _____ Perder Peso_____ Bajar colesterol_____ Eliminar los niveles de azúcar de sangre bajos _____ No quiere cambiar nada _____
¿Como se siente teniendo la diabetes?	Explica:

Historia de Nutrición

	SÍ	NO	Explicación o Comentario
Su Estatura_____ Peso_____			
¿Ha cambiado su peso en los últimos seis meses?			Libras aumentadas _____ Libras perdidas _____ ¿Por Qué? _____
¿Ha recibido instrucciones sobre un plan de alimentacion para la diabetes?			Cuando _____ Donde _____
¿Qué aprendió?			
¿Pudo Seguir el plan?			¿Por Qué?
¿Hay algo mal con la manera que come?			¿Qué?
¿Sería difícil hacer cambios saludables de alimento?			¿Por Qué?
¿Sigue alguna dieta especial?			Por favor Circule: Bajo Caloria Bajo en sal Bajo en grasa Bajo en proteina Fibra Alta Vegetariano
¿Se levanta durante la noche para comer?			
¿Quien cocina en su hogar / va de compras?			Ud_____ Esposa_____ Amigo_____ Otro_____
¿Toma Ud. algo suplemento nutricional? (Vitaminas, minerales, o hierbas)			¿Qué suplemento?

¿Toma alcohol?		Cerveza _____ veces _____ cuantos _____ Vino _____ veces _____ cuantos _____ Otros _____ veces _____ cuantos _____
¿Come fuera de casa? (Comida rápida, alimento entregado a su casa, cafetería, buffet, restaurante)		VECES DONDE Desayuno _____ /semana _____ Almuerzo _____ /semana _____ Cena _____ /semana _____
¿Cuántos veces por semana come estos alimentos? Soda regular _____ Jugo de fruta _____ Dulces _____ Chocolates _____ Helados o Flanes _____ Galletas _____ Pasteles o Bizcochos _____ Pane Dulce _____ Otros: _____		

Su Horario Diario

Un Día Típico

(Escriba los tiempos)

_____ Hora de Levantarse
_____ Primera Comida
_____ Bocado
_____ Segunda Comida
_____ Bocado
_____ Tercera Comida
_____ Bocado
_____ Hora De Acostarse

¿Cuándo hace ejercicio?

(Apunte con un equis)

Antes del desayuno _____
Después del desayuno _____
Antes del almuerzo _____
Después del almuerzo _____
Antes de la cena _____
Después de la cena _____

¿Cuándo toma las Medicinas para Diabetes?

(Apunte con un equis)

Antes de las comidas _____
Durante las comidas _____
Después de las comidas _____

_____ La hora que comienza su trabajo
_____ La hora que regresa a casa

FOR EDUCATORS USE ONLY

Lab Values:

Miscellaneous:
