

**FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL AUTO-CONTROL DE LA DIABETES**

Por favor responda las preguntas marcando los casilleros apropiados o escribiendo información precisa en los espacios provistos. Si está inseguro de cómo responder, por favor; dé la mejor respuesta que pueda.

**INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA:** Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ ¿Qué edad tiene usted? \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino

¿Cuál es su raza/etnia? (marque todas las que correspondan)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> De color o Afro americana          | <input type="checkbox"/> Asiática                                    |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otra Isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Blanco o Caucásico                 | <input type="checkbox"/> Del Medio Oriente                           |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático                     | <input type="checkbox"/> Chino                                       |
| <input type="checkbox"/> Filipino                           | <input type="checkbox"/> Japonés                                     |
| <input type="checkbox"/> Coreano                            | <input type="checkbox"/> Vietnamita                                  |
| <input type="checkbox"/> Guamana o Chamorro                 | <input type="checkbox"/> Samoano                                     |
| <input type="checkbox"/> Otra _____                         |  |

¿Es usted hispano (Latino, Mejicano, Español)?  Sí  No

Educación (marque el nivel más alto que haya completado)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Escuela primaria                            | <input type="checkbox"/> Título de escuela secundaria/ preparatoria | <input type="checkbox"/> Título universitario |
| <input type="checkbox"/> Escuela secundaria/ preparatoria incompleta | <input type="checkbox"/> Estudios Universitarios Incompletos        | <input type="checkbox"/> Postgrado            |

¿Cuál es su ocupación? (Marque solamente una)

- |                                   |                                       |  |                                      |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clérigo  | <input type="checkbox"/> Constructor  | <input type="checkbox"/> Estudiante          | <input type="checkbox"/> Desempleado |
| <input type="checkbox"/> Oficio   | <input type="checkbox"/> Otras Tareas | <input type="checkbox"/> Profesional/Gerente | <input type="checkbox"/> Ventas      |
| <input type="checkbox"/> Retirado | <input type="checkbox"/> Otro         |  |                                      |

¿Tiene algún impedimento físico? (Marque todo lo que corresponda)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de audición            | <input type="checkbox"/> Pérdida de visión (no corregida por anteojos o lentes de contacto) |
| <input type="checkbox"/> Problemas en el uso de las manos |   |

¿Cuál es su lengua materna?

- |                                 |                                  |   |
|---------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Otro, escríbalo: _____ |
|---------------------------------|----------------------------------|---|

**HISTORIA CLINICA**

Problemas Generales de la Salud: (Marque todo lo que corresponda y explique)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> presión arterial elevada                   | <input type="checkbox"/> asma  |
| <input type="checkbox"/> afecciones del corazón                     | <input type="checkbox"/> falta de aire (explique) _____  |
| <input type="checkbox"/> colesterol alto                            | <input type="checkbox"/> problemas de ojo o de vista (explique) _____                          |
| <input type="checkbox"/> patología de tiroides                      | <input type="checkbox"/> adormecimiento/dolor/hormigueo en las manos/pies (explicar) _____     |
| <input type="checkbox"/> problemas de riñón/vejiga (explique) _____ | <input type="checkbox"/> náuseas, vómitos, constipación y diarrea frecuentes _____             |
|   | <input type="checkbox"/> otros problemas de salud _____  |
|   | <input type="checkbox"/> enumere cualquier cirugía que haya tenido en los últimos 5 años _____ |

Como proveedores de salud, nos interesa la seguridad de nuestros pacientes; por lo tanto, le preguntamos lo siguiente a cada uno de nuestros pacientes:

- ¿Se siente seguro en su casa?  Sí  No  
 ¿Se siente seguro en su vecindario?  No  Sí (Si la respuesta es no, puede tratarlo con el educador de diabetes)

Salud de la Mujer: (marque si corresponde)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Embarazada             | <input type="checkbox"/> Planifica quedar embarazada | <input type="checkbox"/> Historia de diabetes gestacional |
| <input type="checkbox"/> Uso de anticonceptivos | <input type="checkbox"/> Menopausia                  | <input type="checkbox"/> Otra                             |





85899

**MONITOREO**

¿Está controlando el nivel de azúcares en sangre en su casa?  SI  NO

Nombre el instrumento de medición que utiliza \_\_\_\_\_

¿Cuántos días a la semana acostumbra controlarse?  Ninguna  1-2día/semana  3-5día/semana  diariamente  ocasionalmente

¿Cuántas veces al día acostumbra controlarse?  1-2veces/día  3-4veces/día  más de 4 veces

¿Cuál es el nivel de azúcar en sangre que intenta alcanzar? \_\_\_\_\_

¿Tiene reacciones de bajo nivel de azúcar en sangre?  No  Sí síntomas \_\_\_\_\_

Si las tiene a ¿qué hora del día?  mañana  tarde  noche  trasnoche  varias

¿Cuántas veces por semana?  0  1-2  3-4  >4

¿Lleva consigo alguna fuente de azúcar?  no  si \_\_\_\_\_ (describa cual) \_\_\_\_\_

¿Usa identificación de diabético?  no  si \_\_\_\_\_ (describa)

¿Cuál fue el resultado de su ultima examen de hemoglobina A1C? \_\_\_\_\_ % Fecha \_\_\_\_\_  No estoy seguro

**BIENESTAR / ESTILO DE VIDA**

Consumo de tabaco: Tipo: cigarrillos / habanos / tabaco  Nunca  Dejé (año) \_\_\_\_\_  si (cantidad por día) \_\_\_\_\_

En los últimos 12 meses: ¿Cuántas veces ha visto su médico generalista? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces ha visto a su especialista? \_\_\_\_\_

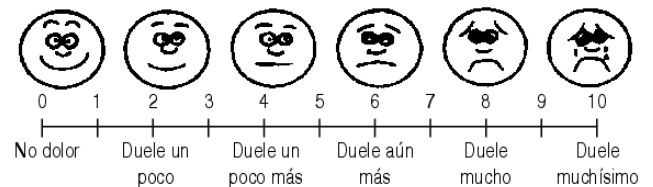
Indique las fechas de:

Último examen de fondo de ojo \_\_\_\_\_ Inmunización contra la gripe \_\_\_\_\_

Último examen de pie \_\_\_\_\_ Vacuna contra la neumonía \_\_\_\_\_

¿Sufre hoy de algún dolor provocado por su diabetes?  NO  SI ¿Dónde siente el dolor? \_\_\_\_\_

Si siente dolor por favor clasifíquelo sobre esta escala de:



Especifique cualquier medicación o tratamiento que utilice para tratar el dolor. \_\_\_\_\_

¿Alivia su dolor con medicación o tratamiento?  No  Si

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (PATIENT IDENTIFICATION)

**INOVA HEALTH SYSTEM**  
**EVALUACIÓN DE PACIENTES CON DIABETES**

Page 3 of 4

CAT #85899 / R112108 • PKGS OF 50



85899

¿Qué tan a menudo necesita que alguien le ayude con las instrucciones, los panfletos, u otros materiales de lectura que le den en el médico o en la farmacia?

- Nunca
- Muy rara vez
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

**VIVIENDO CON DIABETES**

a. Díganos cómo se siente con respecto a su diabetes (marque una respuesta para cada pregunta)

	Mucho	Poco	Muy Poco	Nada
¿Cuán seguro está de que puede controlar su diabetes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuánto cree que su familia/amigos apoyan sus esfuerzos para controlar su diabetes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuánto la ayuda con su diabetes el equipo médico? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuánto interfiere su diabetes en su trabajo, escuela, o actividades diarias?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuán fuera de control parece estar su diabetes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuánto la preocupa el hecho de poder tener complicaciones?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuántas veces se siente abrumada por su diabetes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuánto interfiere su diabetes en su actividad sexual?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Durante las últimas dos semanas:**

¿Se ha sentido molesta por estar decaída, deprimida o desesperanzada? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con frecuencia se aburre por la falta de interés o placer para hacer cosas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para ayudarnos a concentrarnos en los temas de la diabetes que a usted más le preocupan. Por favor identifique los temas que sean particularmente importantes para usted:

- Comer sano y seguir mi plan alimentario.
- Controlar regularmente mi nivel de azúcar en sangre.
- Equilibrar el stress.
- Prevenir complicaciones.
- Otros \_\_\_\_\_
- Volverme físicamente activo y mantenerlo.
- Tomar la medición para la diabetes como me lo indica el médico. (si toma medición)
- Buscar apoyo cuando lo necesito.
- Resolución de problemas: Lidar con los desafíos que me presenta la diabetes

¿Es difícil para Ud. pagar por el cuidado de su diabetes?  no  si (explique) \_\_\_\_\_

¿Conoce usted de los recursos que proporciona la comunidad diabética?  no  si

Firma del participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Comentarios del Educador:

Fecha de revisión \_\_\_\_\_ Firma del Educador \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (PATIENT IDENTIFICATION)

**INOVA HEALTH SYSTEM**  
**EVALUACIÓN DE PACIENTES CON DIABETES**

Page 4 of 4

CAT #85899 / R112108 • PKGS OF 50