

Formulario para Evaluar el Autocontrol de la Diabetes Pediátrica

Complete el formulario marcando las respuestas o escribiendo la información adecuada en los espacios que se le proveen. Si no está seguro de cómo responder a una pregunta, le rogamos que trate de brindar la mejor respuesta posible.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Nombre: _____

Fecha de hoy: _____ Edad: _____ Sexo: Femenino Masculino

Raza u origen étnico: (Selecione todo lo que corresponda)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Negro o afro americano | <input type="checkbox"/> Asiático |
| <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de otra isla del pacífico |
| <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico | <input type="checkbox"/> Del Medio Oriente |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Asia | <input type="checkbox"/> Chino |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Japonés |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Guaymeño o Chamorro | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

¿Es usted hispano (latino, mejicano, español)? Sí No

En su casa, ¿hay otras personas que le cuiden? Sí No Explique: _____

Educación

¿Qué grado está cursando? ____ ¿Asiste a guardería / actividades especiales o asistencia escolar luego de la escuela?

Sí No _____

¿A qué escuela asiste? _____

¿Cuál es su mejor manera de aprender? leyendo en clase con películas con el computador participando y/o con demostraciones

¿Tiene trabajo? Sí No

Tipo de trabajo: _____ Horario habitual: _____

¿Tiene alguna limitación física? (Selecione todo lo que corresponda)

- Problemas auditivos Pérdida de la visión (que no ha sido corregida con anteojos o con lentes de contacto)
 Problemas para usar las manos

¿Cuál es su lengua materna?

Inglés Español Otra, le rogamos que la indique: _____

Para ayudarnos a enfocar los problemas de diabetes que más le preocupan, identifique algún problema que considere de particular importancia:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Comer saludablemente y seguir mi plan de comidas | <input type="checkbox"/> Convertirme en una persona físicamente activa y mantenerme de ese modo |
| <input type="checkbox"/> Controlar mi glucosa en sangre con regularidad | <input type="checkbox"/> Tomar los medicamentos para la diabetes como fueron prescritos, en caso de que tenga que tomar alguno |
| <input type="checkbox"/> Equilibrar el estrés | <input type="checkbox"/> Buscar ayuda cuando la necesito |
| <input type="checkbox"/> Prevenir complicaciones asociadas | <input type="checkbox"/> Solucionar problemas: Afrontar las dificultades asociadas con la diabetes. |
| <input type="checkbox"/> Poder lidiar con el horario de clase y con el personal | |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

¿Le resulta difícil pagar el cuidado de su diabetes? No Sí (explique) _____

¿Conoce los recursos comunitarios para las personas con diabetes? No Sí

HISTORIAL CLÍNICA

Problemas generales de salud: (Seleccione todo lo que corresponda y explique) Asma

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Salud mental _____ |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Apneas del sueño |
| <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes | <input type="checkbox"/> Problemas de ojo o visión (<i>explique</i>) _____ |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Entumecimiento, dolor y/o hormigueo en manos y/o pies (<i>explique</i>) _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea | _____ |
| <input type="checkbox"/> Déficit de atención y/o hiperactividad | <input type="checkbox"/> Enfermedad periodontal o de las encías <input type="checkbox"/> enfermedad celíaca <input type="checkbox"/> discapacidad en el aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Náuseas, vómitos, constipación, diarrea frecuentes | <input type="checkbox"/> Problemas de pie (<i>explique</i>) _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud | <input type="checkbox"/> problemas de riñón y/o vejiga (<i>explique</i>) _____ |

¿Qué infecciones ha tenido en los últimos 3 meses? (*Seleccione todo lo que corresponda*)

- cabeza, garganta, pecho herida vagina (hongo) vejiga ninguna

ESTADO DE SU DIABETES

¿En qué año le dijeron que tenía diabetes? _____

Su diabetes es: Tipo 1 Tipo 2 no está seguro

¿Asistió a un programa de educación sobre la diabetes? No Sí

¿Tiene antecedentes familiares de diabetes? No Sí

¿Cuántas veces fue atendido/a en la sala de emergencias? _____

¿Cuántas veces ha estado en el hospital? _____ ¿Cuál fue el motivo? _____

ACTIVIDAD:

¿Qué clase de ejercicios físicos realiza? camina bicicleta ejercicios en el aparato aeróbico natación deportes trabajo activo otro _____

Actualmente, ¿Con qué frecuencia hace ejercicios físicos? (*Veces por semana*) 0 1 -2 3-4 5-6 >6

¿Por cuánto tiempo? (*Minutos por día*) 0 1 - 15 16 - 30 31 - 45 46 - 60 >60

¿Tiene clases de educación física en la escuela? Sí No ¿A qué hora?: _____

Para hacer actividad física, ¿Modifica la insulina y/o la dieta? Sí No Si la respuesta es sí, cómo lo hace:

HISTORIAL DE ALIMENTACIÓN: Días de clase:

Hora usual a la que se levanta _____ hora usual a la que se acuesta _____

Horarios de comidas: desayuno _____ almuerzo _____ cena _____
merienda a.m. _____ merienda de la tarde _____ merienda p.m. _____

HISTORIAL DE ALIMENTACIÓN: fines de semana:

Hora usual a la que se levanta _____ hora usual a la que se acuesta _____

Horarios de comidas: desayuno _____ almuerzo _____ cena _____
merienda a.m. _____ merienda de la tarde _____ merienda p.m. _____

En el último mes: adelgazó engordó cantidad de libras que bajó o aumentó: ____ No hubo cambios

Si adelgazó, lo hizo: intencionalmente sin intención

¿Alguna vez modificó su insulina de tal manera que influyera en su peso corporal? Sí No

¿Tiene alguna restricción en la dieta? (alergias, intolerancias, limitaciones religiosas, es vegetariano/a)

¿Le resulta difícil controlar lo que come? Sí No

¿Se saltea comidas? Sí No

¿Cuántas veces por semana come afuera? 0 a 1 2 a 4 5 a 8 todos los días

¿Come el almuerzo de la escuela? Sí No a veces

¿Con qué frecuencia come los siguientes alimentos?:

Frutas nunca rara vez a veces regularmente

Verduras nunca rara vez a veces regularmente

Leche nunca rara vez a veces regularmente

Refrescos y/o jugos de fruta nunca rara vez a veces regularmente

Agua nunca rara vez a veces regularmente

MEDICAMENTOS

Alergias a medicamentos: No Sí (enumérelas)

MEDICAMENTO Y DOSIS (incluyendo los que requieren prescripción, las vitaminas, las hierbas y los de venta libre)	CANTIDAD DE VECES QUE LOS TOMA	FECHA EN QUE COMENZÓ A TOMARLOS
Glucagón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

SEGUIMIENTO:

En su casa, ¿se controla los niveles de glucosa en sangre? NO Sí

Nombre del medidor _____

Generalmente, ¿cuántos días a la **semana** se controla? ninguno 1 - 2 días por semana 3 - 5 días por semana todos los días de vez en cuando

Generalmente, ¿cuántas veces por **día** se controla? 1 - 2 veces por día 3 - 4 veces por día más de 4

¿Cuál es el nivel de glucosa en sangre que intenta lograr? _____

¿Tiene reacciones ante los niveles bajos de glucosa en sangre? no sí síntomas _____

En caso de que tenga dichas reacciones, ¿en qué momento del día las tiene? mañana tarde noche durante la noche varía

Cantidad de veces por semana: 0 1 - 2 3 - 4 >4 Otra _____

¿Dónde se controla los niveles de glucosa en sangre cuando está en la escuela? _____

¿Qué lleva consigo para tratar una hipoglucemia? _____ (describa)

¿Alguna vez necesitó ayuda para tratar una hipoglucemia?

Explique: _____

¿Usa una identificación para diabéticos? no sí _____ (describa)

¿Cuál fue el resultado de su última prueba de hemoglobina A1C? _____% Fecha _____ No está seguro

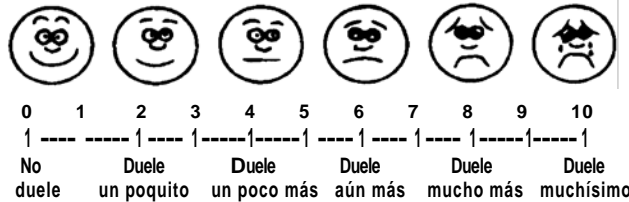
BIENESTAR Y/O ESTILO DE VIDA:

Consumo de tabaco: tipo: cigarrillos/ cigarros/ tabaco nunca dejó (año _____) sí (cantidad por día _____)
Consumo de drogas recreativas: nunca dejó (año _____) sí (cantidad por día _____)
Consumo de alcohol: nunca dejó (año _____) sí (cantidad por día _____)
Indique la fecha de:
El último examen de fondo de ojo _____ la vacuna contra la gripe _____
el último examen de pie _____

Actividad sexual: (Seleccione alguno si corresponde)

Embarazada Usa anticonceptivos Sexualmente activo

Actualmente, ¿siente algún dolor debido a la diabetes? No Sí Si la respuesta es sí, ¿en dónde lo siente?
Si la respuesta es sí, califique su dolor en la siguiente escala:



Nombre cualquier medicamento o tratamiento que utilice para aliviar el dolor _____
¿Los medicamentos u otros tratamientos le alivian el dolor? No Sí

Como proveedores del cuidado de la salud, estamos preocupados por la seguridad de nuestros pacientes, por ello les preguntamos:

¿Se siente seguro en su casa? Sí No
¿Se siente seguro en su vecindario? Sí No (si la respuesta es no, debe hablarlo con el educador de la diabetes).

¿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

Le rogamos nos diga cómo se siente con respecto a su diabetes (seleccione una respuesta para cada pregunta)

	Mucho	Bastante	Poco	Nada
¿Cuán seguro está de poder controlar la diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En qué medida siente que su familia y/o amigos apoyan su esfuerzo para controlar la diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En qué medida ayuda su equipo médico en su diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En qué medida la diabetes interfiere con su trabajo, escuela o actividades diarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En qué medida cree que su diabetes está fuera de control?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En qué medida teme sufrir complicaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con qué frecuencia siente que la diabetes le agobia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En qué medida la diabetes interfiere en sus relaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las últimas 2 semanas:

¿Con frecuencia se ha sentido decaído, deprimido o desahuciado?
¿Con frecuencia se ha sentido con poco interés o placer por hacer cosas?

Firma del paciente y/o del proveedor de cuidado _____ Fecha _____

Fecha de la revisión: _____ Firma del educador: _____