

Formulario de Control de Diabetes y de Embarazo



85898

Conteste las preguntas marcando en el cuadro que corresponda o escribiendo la información correcta en el espacio dado. Si no está segura de cómo responder una pregunta, provea la mejor respuesta que pueda.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Nombre: _____

Fecha de hoy: _____ ¿Cuántos años tiene? _____ ¿Cuál es su género? 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 hispana (Latina, Mejicana, Española)? 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 solo una respuesta)

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ama de casa | <input type="checkbox"/> Trabajadora especializada | <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Jubilada |
| <input type="checkbox"/> Vendedora | <input type="checkbox"/> Otro trabajo | <input type="checkbox"/> Desempleada | <input type="checkbox"/> Profesional/administrativa |
| <input type="checkbox"/> Otra _____ | | | |

¿Tiene alguna limitación física? (marque todas las respuestas que correspondan)

- Problemas auditivos Pérdida de la visión (que anteojos o lentes de contacto no puedan corregir)
 Problemas para manejar las manos

¿Cuál es su primer idioma?

- Inglés Español Otro, escríbalo: _____

HISTORIA MÉDICA

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)

IDENTIDAD DEL PACIENTE (PATIENT IDENTIFICATION)

INOVA HEALTH SYSTEM

CONTROL DEL EMBARAZO Y DE LA DIABETES

Page 1 of 4

CAT #85898 / R112108 • PKGS OF 50



85898

LA SALUD DE LAS MUJERES:

Cantidad de embarazos anteriores: _____ Peso de los bebés al momento de nacer: _____

Cantidad de hijos: _____

¿Tuvo complicaciones durante los embarazos anteriores? No Sí (explique): _____

Diabetes gestacional previa No Sí **Tratamiento:** dieta N° de calorías _____ insulina _____

¿Tiene preocupaciones con respecto a este embarazo? No Sí (explique): _____ mellizos trillizos

Fecha de parto: _____ Semanas de embarazo: _____ Frecuencia con la que visita al obstetra: _____

ACTIVIDAD DURANTE EL EMBARAZO:

¿Qué tipo de actividad física realiza actualmente? Caminar Bicicleta Ejercicio en máquina aeróbica

Natación Deporte Trabajo activo

Otro _____

¿Con qué regularidad hace actividad física actualmente? (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

¿Su médico le aconsejó que restringiera su actividad física? No Sí Explique: _____

NUTRICIÓN:

Peso durante el embarazo: _____

Hora en la que generalmente se levanta _____ se acuesta _____

Horarios de comidas: desayuno _____ almuerzo _____ cena _____

refrigerio a la mañana _____ refrigerio a la tarde _____ refrigerio a la noche _____

Enumere los alimentos que generalmente come:

Desayuno _____ Bocadillo _____

almuerzo _____ Bocadillo _____

cena _____ Bocadillo _____

¿Toma alcohol? No Sí ¿Toma leche? todos los días todas las semanas nunca

¿Qué inquietudes específicas relacionadas con la comida tiene? Apetito Acidez gástrica Vómitos

Diarrea Constipación Aumento de peso otro _____

Comida que prefiere: vegetariana _____ otra _____

Alergias a las comida: _____

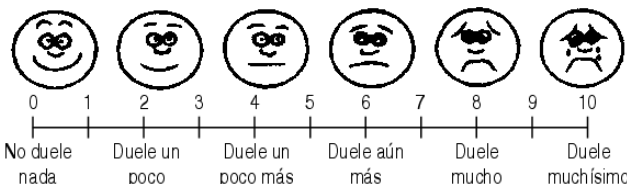
MEDICAMENTOS:

Alergias a medicamentos: No Sí (enumérelas) _____

MEDICAMENTO Y DOSIS (incluya las prescripciones, vitaminas, herbarios y los que se compran sin resera)	VECES QUE LOS TOMA	FECHA EN QUE EMPEZÓ A TOMAR
Vitaminas prenatales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Suplementos del calcio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Actualmente sufre algún dolor a causa de la diabetes? No Sí En caso de que la respuesta sea sí, indique qué le duele.

En caso de que la respuesta sea sí, califique su dolor en la siguiente escala:



Enumere todos los medicamentos que toma para aliviar el dolor _____

¿Su dolor se calma con medicamentos u otros tratamientos? Sí No

IDENTIDAD DEL PACIENTE (PATIENT IDENTIFICATION)

**INOVA HEALTH SYSTEM
CONTROL DEL EMBARAZO Y DE LA DIABETES**

Page 2 of 4

CAT #85898 / R112108 • PKGS OF 50

¿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



85898

Para ayudarnos a estar enfocados en lo que más la preocupa con respecto a la diabetes, identifique lo que le parezca más importante:

- Comer sano y seguir mi plan de comida Equilibrar el estrés
 Empezar a estar y mantenerme activa físicamente Buscar ayuda cuando la necesito
 Controlar el nivel de azúcar en mi sangre de forma regular Prevenir las complicaciones
 Tomar medicamentos prescritos para la diabetes, (en caso de que tome) Resolver problemas: Lidiar con problemas relacionados a la diabetes

Otros: _____

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

¿Conoce los recursos para diabéticos que brinda la comunidad? No Sí

Si se volvió diabética durante el embarazo:

Firme aquí: _____ Fecha _____

Si ya era diabética antes del embarazo, continúe este cuestionario:

ESTADO DE SALUD

¿En qué año le dijeron que tenía diabetes? _____

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

¿Qué infecciones tuvo durante los últimos 3 meses? (marque todas las que correspondan)

Cabeza, garganta, pecho Heridas Vaginal (hongo) Vejiga Ninguna

¿Hay diabéticos en su familia? No Sí

CONTROL:

¿Se controla el nivel de azúcar en la sangre en su casa? No Sí

Nombre del medidor de glucosa en la sangre _____

¿Cuántos días a la semana generalmente se controla? ninguna 1-2 días por semana 3-5 días por semana

todos los días a veces

¿Generalmente cuántas veces por días se controla? 1-2 veces por día 3-4 veces por día todos los días

¿Cuál es el nivel de azúcar en sangre que intenta obtener? _____

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

Si la respuesta es sí, indique la hora del día en que esto ocurre. mañana siesta tarde durante la noche varias

Nº de veces por semana: 0 1-2 3-4 > 4

¿Lleva con usted los suplementos de glucosa? No Sí _____ (describirlos)

¿Usa la identificación para diabéticos? No Sí _____ (describirla)

¿Cuál fue el resultado de su último análisis de hemoglobina A1C? _____ % Fecha: _____ No estoy segura

Última vez que se controló los pies _____ vacuna contra la neumonía _____

IDENTIDAD DEL PACIENTE (PATIENT IDENTIFICATION)

INOVA HEALTH SYSTEM

CONTROL DEL EMBARAZO Y DE LA DIABETES

Page 3 of 4

CAT #85898 / R112108 • PKGS OF 50



85898

VIVIENDO CON DIABETES

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

	Mucho	Más o Menos	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"/>

Firma de la persona que participa _____ Fecha _____

Comentarios del educador:

Fecha de revisión: _____ Firma del educador: _____