

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION

Muchas gracias por completar el cuestionario presente. Por favor responda de la mejor forma posible.

Nombre _____ Edad _____ Masculino Femenino

Ocupación: _____ Sin trabajo / jubilado Jubilado desde: _____

Educación: Algunos estudios de escuela secundaria Egresado de escuela secundaria
 Algunos estudios superiores Egresado de estudios superiores

Origen étnico: Asiático Negro/Afroamericano Hawaiano/de las Islas Pacificas
 Blanco-Hispano Blanco- No-Hispano Otro: _____

Situación en la que vive: Yo vivo con: Esposo(a)/Pareja Soltero(a) Solo(a)
 Divorciado(a)/Separado(a) Viudo/Viuda Hogar para jubilados
 Otro: _____

¿Hay alguien que lo ayuda con sus necesidades médicas? No Sí: _____

¿Existe algún problema que puede interferir con su capacidad de aprender en una clase grupal?
 No Sí Sí respondió que sí, por favor marque:
 Visual Auditivo Lectura Idioma Cognitivo Otro: _____

¿Existe algún idioma, creencia religiosa o factor cultural que se debe considerar en su enseñanza?
 No Sí
Sí respondió que sí, por favor explique: _____

Preferencia de aprendizaje (marque todos los que aplican):
 Lectura Clase grupal Computación Demostración

SU HISTORIA MÉDICA

Estatura: ____ pies ____ pulgadas Peso: _____ libras ¿Tiene un peso ideal? _____ libras

¿Ha variado su peso últimamente? No Sí

Si respondió que sí, ¿cuántas libras ha ganado o perdido? _____ libras

¿Ha participado en un programa para bajar de peso? _____

Marque las condiciones o problemas médicos que ha tenido:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos | <input type="checkbox"/> Problemas de circulación |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Riñón / Hígado | <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los pies | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Otros psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Problemas oculares |
| <input type="checkbox"/> Problemas de las encías | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Historia de una infección o herida que no se cura: _____ | | | |

Marque todos los que ha hecho en el último año:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chequeo general medico | <input type="checkbox"/> Chequeo general dental | <input type="checkbox"/> Examen de la pupila dilatada | |
| <input type="checkbox"/> Examen de los pies | <input type="checkbox"/> Psicoterapia | <input type="checkbox"/> Examen de los riñones | <input type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe |
| <input type="checkbox"/> Vacuna contra la neumonía | | | |

Enumere las operaciones y hospitalizaciones recientes: _____

SU HISTORIA DE DIABETES

¿Cuál es su resultado más reciente de A1c? _____% Fecha aprox. _____ No está seguro / No sabe

¿Hace cuánto tiempo padece de diabetes? _____

¿Tiene familiares con diabetes? No Sí: _____

¿Qué tipo de diabetes tiene? Tipo 2 Tipo 1 No lo se

¿Cómo calificaría su grado de conocimiento de la diabetes? Excelente Bueno Regular Escaso

¿Ha tenido algún tipo de educación sobre la diabetes antes? No Sí ¿Cuándo? _____

¿Ha sido hospitalizado debido a su diabetes? _____

¿Cómo se siente con respecto a su diabetes? _____

¿Cuál es la razón principal de su cita de hoy? _____

CONTROL DE SU NIVEL DE AZUCAR

- ¿Se mide el nivel de azúcar en la sangre? No Sí ¿Qué medidor utiliza? _____
- ¿Qué tan seguido se mide el azúcar? De vez en cuando Cada pocos días Cada día Muchas veces por día ¿A qué hora del día se mide el azúcar? _____
- ¿Alguna vez ha tenido un nivel bajo de azúcar? No No estoy seguro Sí ¿qué tan seguido? _____
- ¿Presenta algún síntoma cuando tiene el nivel bajo? No Sí (describe) _____
- ¿Alguna vez ha tenido el nivel de azúcar más alto de 200 mg/dl? No No estoy seguro Sí
Sí respondió que sí, ¿qué tan seguido? _____
- ¿Presenta algún síntoma cuando tiene el nivel alto? No No estoy seguro Sí (describe)

MEDICAMENTOS

¿En los últimos dos meses, ha dejado u olvidado de tomar sus medicamentos? Sí No

Si respondió que sí, indique los motivos (marque todos los que corresponden):

- Me olvide Problemas financieros Se me termino Efectos secundarios

¿Tiene una lista de sus medicamentos? Sí No

¿Utiliza una bomba de insulina o un monitor de glucosa continuo? Sí No

Si respondió que sí, describa: _____

Enumere todos los medicamentos recetados que está tomando:

1) _____ dosis _____ frecuencia

2) _____ dosis _____ frecuencia

3) _____ dosis _____ frecuencia

4) _____ dosis _____ frecuencia

5) _____ dosis _____ frecuencia

NUTRICION

¿Sigue algún plan de comidas? No Sí ¿de qué tipo? _____

¿Quién cocina en su casa? _____ ¿Quién compra la comida? _____

¿Se le hace difícil comprar su comida? No Sí: _____

¿Se le hace difícil masticar o tragar? No Sí: _____

¿Usa dentadura postiza? No Sí Sí respondió que sí, ¿está bien sujeta? _____

¿Hay algún alimento que le da alergia? No Sí, describe: _____

Describe los alimentos que elevan su nivel de azúcar en la sangre: _____

¿Cuántas veces a la semana sale a comer? 0 – 1 2 – 4 4 – 7 8 o mas

Enumere los restaurantes y lugares de comida rápida que usted visita: _____

¿Omite alguna comida? No Sí

Si la respuesta es sí, ¿Cuál omite? Desayuno Almuerzo Cena Otro: _____

¿Cuántas comidas come por día? _____ ¿Cuántos bocadillos come? _____

Por favor, de un ejemplo de un día típico de consumo de comidas y bebidas:

Desayuno: _____

Bocadillo: _____

Almuerzo: _____

Bocadillo: _____

Cena: _____

Bocadillo: _____

¿Qué opinión tiene acerca de sus preferencias alimenticias? Excelente Buena Regular Mala

ACTIVIDAD FISICA

¿Hace actividad física regularmente? No Sí ¿Cuántas veces por semana? _____
¿Por cuánto tiempo se mantiene activo? 1 – 30 minutos 31 – 60 minutos Más de 60 minutos
¿Qué tipo de actividad hace? _____
¿Suda? Sí No ¿Le aumenta la frecuencia cardíaca? Sí No
¿Existe alguna razón médica que lo limita o no le permite hacer actividad física? Sí No
Si respondió que si, por favor explique _____

ESTILO DE VIDA

¿Consumes Ud. Tabaco? No Sí Si respondió que Sí, ¿qué tipo? _____
Cantidad _____ por día / por semana (marque solo uno)
¿Ha intentado dejar de fumar? No Sí
¿Le interesa obtener información para dejar de fumar? No Sí
¿Bebe alcohol? No Sí Si respondió que sí, ¿Qué tipo de alcohol? _____
Cantidad _____ por día / por semana / por mes (marque solo uno)
¿Cuántas horas duerme cada noche? _____ Calidad de sueño: Bueno Regular Malo
Clasifique el nivel de estrés en su vida: Bajo Medio Alto Muy Alto
¿Cómo maneja el estrés? _____
¿Cómo calificaría su salud en general? Excelente Buena Regular Mala

¿QUE DESEA APRENDER?

Por favor marque todos los temas que le interesan:

- Que es la Diabetes (causas, diagnostico, síntomas)**
- Nutrición:**
 - Alimentación saludable para la Diabetes
 - Conteo de carbohidratos
 - Plan de comidas individual
- Actividad Física:**
 - Actividad física para controlar el azúcar en la sangre y para bajar de peso
- Medicamentos:**
 - Uso y alternativas de medicamentos
 - Tipos de Insulina y administración
 - Bombas de Insulina
 - Monitor de glucosa continuo
- Como medir el nivel de azúcar en la sangre:**
 - Como usar el medidor
 - Metas de azúcar en la sangre
 - Como interpretar los niveles de azúcar en la sangre
- Prevención de complicaciones:**
 - Nivel de azúcar en la sangre Alto / Bajo y lo que se debe hacer
 - Como interpretar los resultados de laboratorio (A1c, colesterol, etc.)
 - Pasos para prevenir complicaciones y enfermedades
 - Cuidado de los pies
 - Viajando con diabetes
- Manejo del estrés**
- Como realizar mis metas de diabetes**
- Otro:** _____