

Cuestionario de Manejo Personal de la Diabetes

Información General

1. Nombre _____ Edad: _____ Fecha: _____
2. Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____
3. Teléfono de casa: _____ Tel. de trabajo: _____ Celular _____
4. ¿Cuál es el nombre de su médico primario? _____
5. ¿Cuál es el nombre de su médico de la diabetes? _____
6. ¿Cuál es su raza o etnicidad? indio americano o nativo de Alaska
 asiático/chino/japonés/coreano negro/áfrico americano hispano/latino/mexicano
 blanco hawaiano natal o isleño pacífico Otro: _____

Sistema de Apoyo / Socioeconómico

1. Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a
2. ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____
3. ¿Alguien más que vive con usted tienen la diabetes? No Sí /¿Quién? _____
4. ¿Hay allí alguien que le ayuda con su cuidado de la diabetes? Sí No
Sí "sí," quién: _____
¿De ser diferente, quién es su apoyo primario? Ninguno Sí _____
5. Ocupación: _____ Horas de trabajo: _____
6. El último grado que completó en la escuela: _____
7. ¿Tiene alguna preferencia religiosa? _____

Influencias Culturales

1. ¿Tiene usted alguna necesidad alimenticia especial, religiosa y/o celebraciones? Sí No
Sí "sí," explique: _____
2. ¿Cuál es su idioma de preferencia? Hablado: _____ Para leer: _____

Historia de la Diabetes

1. ¿Por cuánto tiempo ha tenido diabetes? _____
2. ¿Qué tipo de diabetes tiene usted? Tipo 1 Tipo 2 Gestacional No sé

Complicaciones Crónicas - ¿Está consciente de, o le ha dicho un médico, que tiene alguno de estos problemas? Por favor describa como P = Poco M = Moderado S = Severo

- Problemas de ojos, explique: _____
- Problemas del corazón/arterias, explique: _____
- Problemas de los nervios, explique: _____
- Problemas de los dientes/encías, explique: _____

- Problemas de pies/piernas, explique: _____
- Problemas de la piel, explique: _____
- Problemas gastrointestinales, explique: _____
- Problemas sexuales, explique: _____
- Problemas del riñón, explique: _____
- Infecciones frecuentes, explique: _____
- Otros problemas, explique: _____

Actitudes de Salud de Diabetes / Aprendizaje

1. ¿Cómo describiría su entendimiento de la diabetes? Bueno Más o Menos Malo
2. ¿En sus propias palabras qué es la diabetes? _____
3. ¿Ha sido instruido alguna vez usted en el cuidado de diabetes? No Sí / ¿Dónde y por quién?

4. ¿Tiene usted alguna limitación física que puede afectar su capacidad de realizar su propio cuidado?
 Problemas para oír Problemas con el uso de sus manos
 Pérdida de visión (no corregido por gafas o lentes de contacto)
 Problemas con el uso de sus pies
5. ¿Cómo aprende usted mejor? Materiales escritos Discusiones verbales Video
 Haciendo las cosas Otro _____

Historia Médica

1. ¿Ha sido diagnosticado/a alguna vez, le han dicho, o ha tenido usted problemas con lo siguiente?
 Alta presión Colesterol/Triglicéridos altos Problemas de los Riñones/Vejiga
 Problemas de los ojos o vista Náusea frecuente, vómito, estreñimiento, diarrea
 Cirugía en los últimos 5 años Enfermedad cardíaca/dolor de pecho
 Enfermedad de tiroides Asma Depresión o ansiedad
 Entumecimiento/dolor/hormigueo de manos/pies Ataque Cerebral
 Problemas de circulación Obesidad Falta de respiración
 Otros problemas de salud: _____
2. ¿Tiene usted alguna alergia? No Sí / Medicamentos/comidas: _____
3. ¿Fuma usted? No ¿Ha fumado en el pasado?
 Si: ¿Por cuánto tiempo fumo? _____ Si: ¿Cuánto? _____
¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Cuándo dejó de fumar? _____
¿Ha tratado alguna vez de dejar de fumar? No Sí : ¿Hace cuánto tiempo? _____
¿Quisiera información de cómo dejar de fumar? _____
4. ¿Toma usted alcohol? Sí No ¿Si “sí”, cuánto y que tipo? _____

Sólo Mujeres

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____ Última mamografía: _____

¿Cuántos embarazos ha tenido? _____ Abortos/abortos involuntarios: _____

¿Cuántos hijos vivos tiene? _____ ¿Complicaciones de embarazo? _____

¿Alguna vez le dijeron que tenía diabetes durante el embarazo? Sí No

¿Tuvo bebés que pesaran más de 9 libras al nacer? Sí No

¿Qué método anticonceptivo usa? Ningún método es utilizado Posmenopáusia

Píldoras anticonceptivas

Condomes

DIU

Inyecciones de Depo –Provera Norplant

Atado de tubos

Sólo Mujeres: Embarazo

1. ¿Está actualmente embarazada? Sí No

Sí "sí," ¿cuál es su fecha de nacimiento? _____

2. ¿Cuándo fue su último período menstrual? _____

3. ¿Está planeando quedar embarazada? Sí No

Sí "sí," ¿está consciente de los efectos de la diabetes en el embarazo y del embarazo en la diabetes? Sí No

Historia Familiar

1. Ponga a todos los miembros de la familia con diabetes: _____

Con alta presión: _____

Con ataques cardíacos u otro problema del corazón: _____

Con ataque cerebral: _____ Con cáncer: _____

Uso Médico en los Últimos 12 Meses

1. ¿Cuándo fue su último examen físico? _____

2. ¿Con qué frecuencia ve usted a su doctor regular? _____

3. ¿Ha sido hospitalizado/a durante los últimos 12 meses? Sí No

Sí "sí," describa la razón/ones y donde: _____

4. ¿Ha estado en la sala de emergencia durante los últimos 12 meses? Sí No

Sí "sí," describa la razón/ones y donde: _____

Su Cuidado Personal de la Diabetes

Alimentación Saludable

1. Altura: _____ Peso: _____ ¿En qué peso está cómodo/a? _____

2. ¿Ha cambiado su peso en los últimos tres meses? Sí No

Sí "sí," he perdido / aumentado _____ libras

¿El cambio de peso fue intencional? No Sí _____

3. ¿Ha recibido consejería de dieta? Sí No
 Sí "sí," describa: _____
4. ¿Tiene un plan de comidas? ____ Sí es así, cuál es? _____
5. ¿Cuál es su mayor reto de comer sano? _____
6. ¿Cuántas veces come al día? Comidas _____ Bocadillos _____
7. Horas de comidas: am _____ mediodía _____ pm _____ bocadillos _____
8. ¿Con qué frecuencia usted come/bebe (respuesta **por día** o **por semana**):
 Fruta: ____ Jugo: ____ Leche: ____ Sin grasa 1 % 2 % Entera
 Verduras: ____ Queso: ____ Dulces: ____ Postres sin azúcar ____
 Bebidas con azúcar: ____ Alcohol: ____ Agua: ____ ¿Cuánto por un día? _____
 Almidones comidos: Ponga el número de porciones **por cada comida**
 pan ____ papas ____ frijoles ____ tortillas ____ arroz ____
 pasta ____ maíz/chícharos ____ Otro _____
 Carnes/Proteínas: Ponga el número de porciones **por semana**
 pollo ____ carnes rojas ____ pescado ____ guajolote ____
 cerdo ____ huevos ____ queso ____ otro _____
 Aceite/Grasa utilizada: Manteca de Cerdo o Acortamiento Mantequilla o Margarina
 Vegetal/Maíz Oliva Canola Cacahuete Otro _____
9. ¿Quién cocina? _____ ¿Dónde compra la comida generalmente? _____
10. ¿Cuántas veces durante la semana come fuera de casa? _____
11. Con qué frecuencia come fuera de casa:
 Estilo cafetería: ____ Comida rápida: ____ Buffet: ____ Restaurante: _____
 Otro: _____
12. ¿Cómo suele preparar su comida? Frita Al horno Asada A la parrilla
13. ¿Cómo describiría sus porciones? Pequeñas Medianas Grandes
14. ¿Cómo describiría su apetito? Aumentado Normal Disminuido
15. Lista de las alergias a los alimentos o intolerancia: _____

16. Cualquier otro tipo de dieta especial que necesita: _____

17. ¿Cómo afecta su forma de comer su estado de ánimo/estrés? _____

Estar Activo/a

1. ¿Hace ejercicio regularmente? Sí No
 Tipo de ejercicio(s): _____
 ¿Con qué frecuencia hace ejercicio? _____ ¿Cuánto tiempo cada vez? _____
 ¿A qué hora del día hace ejercicio? _____

2. Lista de problemas con el ejercicio: _____

3. ¿Qué tan importante es para usted ser activo/a, donde 0 no es importante y 10 es muy importante?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. ¿Qué tan seguro/a es que puede ser activo/a, donde 0 no está seguro/a y 10 está muy seguro/a?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Monitoreo

1. ¿Usted revisa su sangre para azúcar? Sí No

Sí "sí," ¿qué monitor de azúcar en la sangre utiliza? _____

¿Tiene problemas con su monitor? No Sí _____

¿Con qué frecuencia se revisa?

Una vez al día 2 o más veces al día Una/Dos veces a la semana Raramente/Nunca

¿Resultados usuales? Por la mañana: _____ Tarde: _____

Al acostarse: _____ Después de las comidas: _____ Otras veces: _____

2. ¿Mantiene un registro? Sí No

3. ¿Qué se considera una variedad de azúcar en la sangre normal? _____

4. ¿Cuáles son **sus** números de objetivo? _____

5. ¿Con qué frecuencia tiene niveles altos de azúcar (250 o más)?

Diario Varias veces a la semana Un par de veces al mes De vez en cuando
 Raramente o nunca No sé

6. ¿Con qué frecuencia tiene niveles bajos de azúcar (70 o menos)?

Diario Varias veces a la semana Un par de veces al mes De vez en cuando
 Raramente o nunca No sé

7. ¿Tiene acceso a sus productos de diabetes? No Sí /Farmacia _____

8. ¿Usted revisa su orina para saber si contiene azúcar o cetonas?

No Sí /¿Con que frecuencia? _____

9. ¿Qué tan importante es para usted vigilar su nivel de azúcar en la sangre por lo menos una vez al día, en donde 0 es no es nada importante y 10 es muy importante?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. ¿Está seguro/a de que puede controlar su nivel de azúcar en la sangre por lo menos una vez al día, en donde 0 es no estoy seguro/a en absoluto y 10 es muy seguro/a?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tomando Medicamentos

1. ¿Toma pastillas para la diabetes? No Sí/¿A qué horas? _____

2. ¿Algún efecto secundario de los medicamentos de las cuales usted sabe? No Sí _____

3. ¿Toma algún suplemento alimenticio adicional? Vitaminas Suplementos Herbarios

Otro _____

¿Ha olvidado tomar sus medicamentos para la diabetes? No Sí/¿Con qué frecuencia? _____

4. Sí usted se inyecta insulina:
 Se inyecta insulina con: Jeringa Pluma de insulina Pompa de insulina
 ¿Quién llena la jeringa? _____ ¿Quién le da la inyección? _____
 ¿Qué sitios de inyección se utilizan? _____
 ¿Dónde guarda la insulina? _____
 ¿Reutiliza sus jeringas? Sí No Sí "sí," con qué frecuencia? _____
 ¿Dónde desecha sus jeringas? _____
5. ¿Ha olvidado tomar su insulina? No Sí /¿Con qué frecuencia? _____
6. ¿Qué tan importante es para usted tomar sus medicamentos, en donde 0 es no es nada importante y 10 es muy importante?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. ¿Qué tan seguro/a está de que puede tomar sus medicamentos, en donde 0 es no estoy seguro/a en absoluto y 10 es muy seguro/a?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Solucionando Problemas

1. ¿Ha tenido una reacción a la azúcar baja en la sangre? Sí No
 Si "sí," ¿Cómo se sintió? _____
 ¿Cómo la trató? _____
 ¿Requirió ayuda o hospitalización para ello? Sí No _____
2. ¿Carga algo con azúcar con usted? Sí No
 Si "sí," qué tipo? _____
3. ¿Ha tenido alguna vez que dar glucagón? No sé Sí No
4. ¿Alguien que vive con usted sabe cómo dar glucagón? No sé Sí No
5. ¿Tiene una identificación que dice que tiene diabetes? No sé Sí No
6. ¿Ha tenido la azúcar alta en la sangre? No sé Sí No
 Sí "sí," ¿Cómo se sintió?

 ¿Qué hizo para tratarla? _____
 ¿Alguna vez ha sido hospitalizado/a por tener la azúcar en la sangre muy alta? No Sí
 Cuándo y dónde: _____
7. ¿Cuándo está enfermo/a o no puede comer el alimento que normalmente come, cómo se cuida usted?
Reemplaza comida usual con carbohidrato o azúcar Toma medicamentos para la diabetes
Chequear niveles de cetonas Chequear azúcar en la sangre más seguido Tomar más agua
Contactar su proveedor médico No hace nada Otro _____

Estrés

1. ¿Hay mucho estrés en su vida? Sí No
 Sí "sí", explique: _____

2. ¿Qué hace para manejar el estrés en su vida? _____
3. ¿Qué tan importante es ser capaz de resolver problemas que se enfrentan a diario y/o decisiones difíciles, donde 0 es no es nada importante y 10 es muy importante?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. ¿Cree usted que puede resolver problemas que se enfrentan a diario y/o hacer decisiones difíciles, donde 0 es no está seguro/a y 10 muy seguro/a?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. ¿Percibe problemas con el manejo de su diabetes, donde 0 no percibe nada y 10 se percibe muchos?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Enfrentándose Sanamente

1. ¿Cómo describiría su salud en general? Buena Más o menos Mala
2. ¿Su salud es importante para usted? Todo el tiempo A veces
 Sólo cuando está enfermo/a No, para nada
3. ¿Cómo se siente sobre tener la diabetes? _____
4. ¿Siente que la diabetes es algo serio? No Sí
5. ¿Siente que puede controlar su diabetes? Sí No
6. ¿El buen control vale la pena? Sí No
7. Mi diabetes me ha causado problemas en las áreas siguientes:
 Vida familiar/actividades sociales Trabajo/escuela Deportes/ejercicio
 Relaciones sexuales Finanzas Satisfacción
 Viajar Otro: _____
8. ¿Está experimentando en la actualidad alguna de las siguientes?
 No problemas Muerte reciente Separación Divorcio Enfermedad Desempleo
 Dificultades financieras Problemas de vivienda Síntomas de depresión Soledad
 Confusión Pensamientos de hacerse daño a sí mismo/a Otro: _____
9. ¿Tiene antecedentes de depresión? No Sí /¿Con qué frecuencia se siente deprimido/a?
 Mucho Algo Un Poco Para nada

Reducción de Riesgos

1. ¿Con qué frecuencia tienen sus ojos revisados por un médico? _____
Fecha de su último examen(con gotas en los ojos): _____
2. ¿Usa anteojos? No Sí /¿Para qué? _____
3. ¿Ha notado algún cambio en su piel recientemente? Sí No
Si "sí", describa: _____
4. ¿Con qué frecuencia revisa sus pies en casa? Diario Semanalmente Nunca Otro
Fecha del último examen de pies hecho por un médico: _____
5. ¿Con qué frecuencia tiene un chequeo dental? _____ Fecha de último chequeo: _____
6. ¿Le han dado alguna vez la vacuna para prevenir la neumonía? No Sí Cuando: _____

7. ¿Ha recibido la vacuna de la gripe (influenza) durante el año? No Sí Cuando: _____
8. ¿Le han revisado la presión? No Sí Cuando: _____
9. ¿Ha tenido la glucosa (azúcar en la sangre) en ayunas revisada? No Sí Cuando: _____
10. ¿Ha tenido el colesterol y los triglicéridos revisados? No Sí Cuando: _____
11. ¿Ha tenido una prueba de A1c? No Sí Cuando: _____
12. ¿Usa un brazalete o mantiene algo con usted que le identifique que tiene diabetes? Sí No
13. ¿Qué tan seguro/a está de que puede obtener la ayuda que necesita para prevenir o reducir los problemas relacionados con la diabetes, donde 0 es no está seguro/a y 10 está muy seguro/a?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estableciendo Objetivos

1. ¿Acerca cuáles áreas de la diabetes le gustaría saber más?
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ¿Qué es la diabetes? | <input type="checkbox"/> Pastillas para la diabetes | <input type="checkbox"/> Azúcar alta en la sangre |
| <input type="checkbox"/> Azúcar baja en la sangre | <input type="checkbox"/> Dieta | <input type="checkbox"/> Ejercicio |
| <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Días de Enfermedad | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de Sangre | <input type="checkbox"/> Complicaciones | <input type="checkbox"/> Pompas de Insulina |
2. Tener diabetes significa que pueda que tenga que hacer algunos cambios; si los hay, ¿qué cambios le gustaría hacer ahora?
- | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ser activo/a | <input type="checkbox"/> Comer saludable | <input type="checkbox"/> Tomar medicamentos | <input type="checkbox"/> Monitoreando |
| <input type="checkbox"/> Solucionar problemas para azúcar en la sangre y días de enfermedad | | | |
| <input type="checkbox"/> Reducción de los riesgos de complicaciones de la diabetes | | <input type="checkbox"/> Vivir con la diabetes | |
| <input type="checkbox"/> Estrategias de afrontamiento saludables | | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

Favor de traer este cuestionario a su Ira cita. ¡Gracias!