

Evaluación del Autocuidado de la Diabetes

© 2009, Integrated Diabetes Services

La información que proporcionará en esta evaluación nos permitirá enfocarnos en sus necesidades específicas y brindarle el más alto nivel de atención posible. Por favor, planee 30-45 minutos para completar el formulario en su totalidad.

Fecha: _____

I. Información de Contacto

Nombre Completo: _____ ¿Como le gusta que le llamen? _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nombre del cónyuge/pareja: _____

Niños/edades: _____

Tipo de seguro de salud (incluso el nombre de la empresa): _____

Dirección de la casa _____

Teléfono (de casa) _____ (trabajo) _____
(por favor marque su número de contacto preferido) (móvil) _____ (fax) _____

Correo electrónico _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

¿Quiere que le enviemos informes a su médico? ___ sí ___ no Si es así, por favor complete:

Médico _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

II. Sus Metas

¿Cuáles son algunas de sus necesidades y expectativas específicas?

III. Antecedentes de salud

Tipo de diabetes: Tipo 1 __ Tipo 2 __ Otro: _____

¿Qué edad tenía cuando fue diagnosticad@ la diabetes?

Educación sobre diabetes más reciente: _____

Por favor explique la causa básica de su diabetes:

Resultados de laboratorio recientes (y fecha)

HbA1c: _____

Colesterol total: _____

Colesterol HDL: _____

Colesterol LDL: _____

Triglicéridos: _____

Microalbúmina: _____

TSH: _____

¿Tiene alguna de las siguientes complicaciones diabéticas?

Retinopatía (daño de los vasos sanguíneos a la retina del ojo) sí _____ no _____ No lo sé _____
Si es así, detalles _____

Nefropatía (enfermedad renal) sí _____ no _____ No lo sé _____
Si es así, detalles _____

Enfermedad de la arteria coronaria (vasos sanguíneos bloqueados que conducen al corazón) sí _____ no _____ No lo sé _____
Si es así, detalles _____

Enfermedad de la arteria coronaria (vasos sanguíneos bloqueados que conducen al corazón) sí _____ no _____ No lo sé _____
Si es así, detalles _____

Infecciones del pie / úlceras sí _____ no _____ No lo sé _____
Si es así, detalles _____

Neuropatía periférica (hormigueo, dolor o entumecimiento en las piernas o los pies) sí _____ no _____ No lo sé _____
Si es así, detalles _____

Neuropatía autonómica (enfermedad nerviosa que afecta las funciones corporales básicas) sí _____ no _____ No lo sé _____
Si es así, detalles _____

Enfermedad periodontal (enfermedad de las encías) sí _____ no _____ No lo sé _____
Si es así, detalles _____

¿Ha experimentado alguna de las siguientes durante las últimas semanas?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mareos al estar de pie | <input type="checkbox"/> Dolor en las piernas al caminar / pararse |
| <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Uñas encarnadas |
| <input type="checkbox"/> Vómitos/dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Enrojecimiento / hinchazón de los pies |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho/falta de aliento | <input type="checkbox"/> Disfunción sexual |
| <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales por levaduras | <input type="checkbox"/> Visión borrosa / obstruida en un ojo |
| <input type="checkbox"/> Infecciones del tracto urinario | <input type="checkbox"/> Sangrado de las encías con el cepillado |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo | <input type="checkbox"/> Malestar al masticar |
| <input type="checkbox"/> Dolor / Ardor en Piernas o Pies | <input type="checkbox"/> Dientes flojos |
| <input type="checkbox"/> Orina nocturna | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> (¿alguna más frecuencia?) | <input type="checkbox"/> (¿alguna más frecuencia?) |

Por favor indique cualquier problema de salud (además de la diabetes) _____

¿Qué medicamentos toma (además de sus medicamentos para la diabetes)? _____

¿Tiene una historia FAMILIAR de:

¿Diabetes? _____ Sí _____ No Detalles: _____

¿Ataque al corazón? _____ Sí _____ No Detalles: _____

¿Derrame cerebral? _____ Sí _____ No Detalles: _____

¿Obesidad? _____ Sí _____ No Detalles: _____

IV. Medicamentos para la diabetes

Medicamentos Orales

¿Toma algunas pastillas para su diabetes? __ sí __ no

Si es así,

Nombre de la pastilla _____ Dosis _____ Cuando (tiempo) tomado _____

Nombre de la pastilla _____ Dosis _____ Cuando (tiempo) tomado _____

Nombre de la pastilla _____ Dosis _____ Cuando (tiempo) tomado _____

¿Entiendes cómo funcionan tus pastillas para controlar la diabetes? __ Sí __ No

¿Si actualmente no está tomando pastillas para la diabetes, ha usado alguna en el pasado?

__ Sí __ No

Si es así, da detalles _____

Inyectables

¿Toma *Byetta* (exenatide)? _____ No _____ Sí/dosis: _____ Frecuencia: _____

¿Toma *Symlyn* (pramlintide)? _____ No _____ Sí/dosis: _____ Frecuencia: _____

¿Qué tan difícil es controlar su apetito? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Muy fácil Muy difícil

¿Toma **insulina**? _____ Sí _____ No

Si no, ¿ha tomado insulina para su diabetes en el pasado? __ sí __ no

Si usa insulina, ¿cómo la toma?

__ Jeringa ¿Qué es la marca / tipo? _____
 ¿Cuántas unidades se sostiene la jeringa? __ 25 __ 30 __ 50 __ 100
 ¿Qué tan larga es la aguja? _____ mm
 ¿Se inyecta aire en el vial antes de extraer la insulina? __ sí __ no
 ¿Mezcla insulinas en una jeringa? __ sí __ no
 Si es así, ¿qué insulina se inyecta primero en la jeringa? _____
 ¿En qué parte de su cuerpo inyecta a cada uno de sus inyecciones diarias?

 __ ¿Utiliza diferentes de lugares?, o __ ¿inyecta en los mismos lugares?
 ¿Reutiliza jeringas de insulina? __ sí __ no Si es así, da detalles:

__ Pluma Tipo(s) específico(s): _____ Longitud de la aguja de la pluma: _____ mm
 Después de la inyección, ¿por cuánto tiempo deja la aguja en la piel? _____

__ Bomba Marca y modelo / número: _____
 Año comprado: _____ Tipo de equipo de infusión: _____
 ¿Cuántos días suele pasar entre los cambios de infusión? _____
 ¿En qué parte de su cuerpo inserta los equipos de infusión? _____
 ¿Experimenta algún problema grave en el lugar de la infusión __ sí __ no
 Si es así, describa: _____
 ¿Alguna vez ha experimentado una infección de la piel? __ sí __ no
 ¿Cuál es el tiempo más largo que pasa desconectado de la bomba? _____
 ¿Reemplaza la insulina perdida después de volver a conectarse? _____
 ¿Utiliza patrones basales temporales? __ sí __ no
 Si es así, cuando? _____
 ¿Utiliza boluses extendidos (cuadrados / duales / combo)? __ sí __ no
 Si es así, cuando? _____
 ¿Utiliza la calculadora de bolus de la bomba? __ sí __ no
 Si es así, ¿cuánto dura la duración de la acción de la insulina? _____ Hras
 ¿Ha ayunado a lo largo del día para verificar sus patrones basales? __ sí __ no
 ¿Comprueba para cetonas? __ sí __ no Si es así, ¿cuándo? _____
 ¿Cómo se comprueba? __ orina __ sangre
 ¿Descarga su bomba? __ sí __ no
 Si es así, ¿cuál es su nombre de usuario / contraseña?

 /

Describe el perfil de acción para cada una de las insulinas que usa:

Tipo de insulina	Comienza a trabajar	Pica	Deja de funcionar
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Programa de insulina actual

	Tipo de insulina	Hora tomado	Fórmula para determinar la dosis (ratio de carbohidratos, si usa uno)
Mañana/desayuno	_____	_____	_____
Media mañana/ bocadillo	_____	_____	_____
Mediodía/almuerzo	_____	_____	_____

Tarde/bocadillo _____
 Hora de la cena _____
 Noche/bocadillo _____
 Hora de acostarse _____

Patrones Basales (para usuarios de bombas):

<u>(programa primario)</u>		<u>(programa secundario) usado cuando:</u> _____	
Time	Patrón por hora	Time	Patrón por hora
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Aproximadamente cuántas unidades totales de insulina toma diariamente? _____

¿Cuándo suele tomar su insulina a la hora de comer?

30 min antes 10-15 min antes justo antes mientras come después de comer

¿Ajusta su dosis de insulina a la hora de comer según su nivel de azúcar en la sangre? sí no

Si así es, ¿cuánto supone que cada unidad baja el azúcar en la sangre? _____

¿Cuál es el nivel *objetivo* de azúcar en la sangre al que apunta? _____

¿Reduce su dosis cuando los niveles de azúcar están por debajo del objetivo? sí no

¿Toma insulina *entre* las comidas si su nivel de azúcar en la sangre es alto? sí no

Si así es, ¿hace ajustes para la insulina a bordo / insulina activa? sí no

¿Dónde almacena los viales / cartuchos de insulina que está utilizando actualmente? _____

¿Dónde almacena los viales / cartuchos de insulina que no están abiertos? _____

¿Cuánto tiempo usa su vial / cartucho de insulina?

Iniciar un nuevo frasco / cartucho cada _____ días

Use el frasco / cartucho hasta que esté vacío, lo que toma aproximadamente _____ días

¿Cómo se deshacen de sus agujas y lancetas usadas? _____

V. Monitoreo de glucosa en sangre

¿Analiza su nivel de azúcar en la sangre con un medidor de glucosa en la sangre en el hogar?
 sí no

En caso afirmativo, ¿qué metro/s usa? _____

¿Descarga su medidor? sí no Si es así, ¿qué software? _____

¿Con qué frecuencia comprueba su azúcar en la sangre?

	<input type="checkbox"/> 8 o más veces al día	<input type="checkbox"/> Una vez al día
	<input type="checkbox"/> 6-7 veces al día	<input type="checkbox"/> 3-4 veces a la semana
	<input type="checkbox"/> 4-5 veces al día	<input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana
	<input type="checkbox"/> 2-3 veces al día	<input type="checkbox"/> Menos que una vez a la semana

¿En qué momentos compruebas el azúcar en la sangre? (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> al despertar	<input type="checkbox"/> antes de las comidas	<input type="checkbox"/> antes de los bocadillos	
<input type="checkbox"/> hora de acostarse	<input type="checkbox"/> antes del ejercicio	<input type="checkbox"/> antes de conducir	
<input type="checkbox"/> 1 hora después de las comidas	<input type="checkbox"/> 2 horas después de las comidas	<input type="checkbox"/> otro: _____	

¿Utiliza un dispositivo para las lancetas? sí no
 Si así es, ¿tiene una profundidad ajustable? sí no

¿Qué tipo de lancetas usa? _____ Calibre: 26 27 28 29 30 31 32 33 34

¿Tiene registros escritos de sus niveles de azúcar en la sangre? sí no
 Si es así, ¿qué más graba? insulina/medicamentos carbohidratos /comida
 ejercicio/actividad

*** Si es posible, proporciónenos las últimas 2 a 4 semanas de sus registros escritos**

¿Qué considera un rango aceptable para sus niveles de azúcar en la sangre antes de comer?
 _____ a _____

Aproximadamente, ¿qué porcentaje de sus niveles de azúcar en la sangre está por encima, dentro y por debajo de su rango objetivo? (Nota: cada columna debe sumar al 100%)

	Antes del desayuno	Antes del almuerzo	Antes de la cena	Antes de ir a la cama
% Por encima				
% Dentro				
% Por debajo				

¿Está utilizando actualmente un Monitor Continuo de Glucosa? sí no

Si así es: ¿Cuál? _____ ¿Con qué frecuencia lo utiliza? _____

¿Cuáles son los ajustes de alarma alta / baja? ____ / ____ ¿Descarga los datos? _____

Si no: ¿Le interesa usar uno? sí no Si así es, cuál? _____ 6.

VI. Hipoglucemia

¿Con qué frecuencia experimenta hipoglucemia? (bajo nivel de azúcar en la sangre)

nunca Menos de una vez al mes 1-2 veces al mes semanal
 2-4 veces a la semana diariamente

¿A qué hora/s del día suele aparecer la hipoglucemia? _____

¿Qué síntomas observa cuando su nivel de azúcar en la sangre es bajo? _____

¿Qué tan bajo debe estar su nivel de azúcar en la sangre antes de que note algún síntoma? _____

¿Lleva una fuente de azúcar con usted? sí no Si así es, ¿qué? _____

Describa lo que normalmente come (y cuánto) cuando su nivel de azúcar en la sangre está bajo:

¿Tiene un kit de emergencia de glucagón? sí no no sé lo que es

Si así es, ¿quién sabe cómo usarlo? _____

¿Alguna vez le han administrado glucagón? sí no Si así es, ¿cuántas veces? _____

¿Qué tan grave fue su peor episodio de hipoglucemia? _____
_____ Leve, no ayuda necesitada
_____ Necesité ayuda
_____ Inconsciente
_____ Convulsión
_____ Coma

¿Maneja? Sí No Si así es, ¿revisa su nivel de azúcar antes de conducir?

Siempre A veces No usualmente

¿Qué forma(s) de identificación médica usa/lleva?

Pulsera* Collar* Broche Tobillera Tatuaje Tarjeta de cartera Otro: _____

* ¿Es provisto por la Fundación Medic Alert? sí no

¿Con qué frecuencia lo usa? Siempre Usualmente Raramente
 Nunca

VII. Dieta / Nutrición

¿Cuál es su peso actual? _____ libras ¿Altura? _____ pies _____ pulgadas

Cambio de peso en el último año: _____

¿Cuál es su peso ideal? _____ ¿Cuándo estaba en ese peso? _____

¿Alguna vez ha recibido instrucciones sobre programas de pérdida o aumento de peso?

sí no

Si así es, describa el programa y los resultados que ha experimentado _____

En cuanto a su diabetes, ¿qué hace actualmente para controlar su dieta?

(marque todo lo que corresponda)

Nada especial Evitar el azúcar Limitar la grasa Restringir calorías

Comer las mismas cosas cada día Seguir una dieta de intercambio

Contar "unidades" o "intercambios" de carbohidratos

Contar gramos de carbohidratos Otro (explicar) _____

Si cuenta los carbohidratos, ¿hace ajustes para la fibra? sí no Describa: _____

y ¿para los alcoholes de azúcar? sí no Describa: _____

y ¿para los valores del índice glucémico? sí no Describa: _____

¿Toma suplementos diarios? sí no Si así es, marque todo lo que corresponda:

Multivitaminas Aspirina Niacina Ácido fólico Complejo B

Vitamina C (dosis _____) Cromo Magnesio Ginseng Psyllium

Vitamina E (dosis _____) Calcio Herbario / otro

¿Alguna vez omite / reduce su insulina / medicamento para bajar de peso? sí no

Si es así, ¿alguna vez ha experimentado DKA debido a la omisión de insulina? sí no

¿Alguna vez ha purgado? sí no Si es así, ¿cuándo fue la última vez? _____

¿Alguna vez ha sufrido de un trastorno alimentario? sí no Si es así, describa: _____

¿Con qué frecuencia no come? diariamente 2-3/semana semanal

mensual raramente

¿Con qué frecuencia come en restaurantes (o pide para llevar)? <1/semana 1-2/semana

4-5/semana diariamente

¿Qué restaurantes suele visitar? _____

¿Qué tipo de comidas étnicas (si las hay) disfruta? _____

¿Qué comidas / bocadillos come en un día típico? Marque todo lo que corresponda.

	Hora aproximada	Comidas y bebidas comunes (incluya cantidades)
<input type="checkbox"/> Desayuno		
<input type="checkbox"/> Bocado de la mañana		
<input type="checkbox"/> Almuerzo		
<input type="checkbox"/> Bocado de la tarde		
<input type="checkbox"/> Cena		
<input type="checkbox"/> Bocado de la noche		

¿Su horario de comidas/bocadillos varíe los fines de semana/días libres? sí no

Si es así, describa cómo: _____

VIII. Actividad física

¿Cómo describiría su nivel general de actividad actual?

- Sedentario (prácticamente sin ejercicio o actividades de trabajo/hogar)
 Ligeramente (sin ejercicio formal, y menos de una hora diaria de actividades de trabajo/hogar)
 Moderado (algo de ejercicio y al menos una hora diaria de actividades de trabajo/hogar)
 Alta (ejercicio constante/diario y al menos una hora diaria de actividades de trabajo/hogar)
 Intenso (deportes o ejercicio pesado, más al menos una hora diaria de actividades de trabajo/hogar)

¿Cómo se siente sobre el ejercicio? _____

¿Alguno de sus proveedores de atención médica ha recomendado el ejercicio? _____

¿Alguien le ha dicho que limite su ejercicio o no lo haga? _____

¿Alguna vez has tenido una prueba de esfuerzo de ejercicio? sí no

Si es así, ¿cuándo fue la última y cuáles fueron los resultados? _____

¿Hay algo que le impide hacer ejercicio? _____

¿Qué tipo de equipo de ejercicio tiene en casa? _____

¿Tiene acceso a algún gimnasio/instalación de fitness? sí no Si es así, describa: _____

¿Hay alguna forma de ejercicio que le interese probar? _____

Describa lo que hace para mantenerse físicamente activo, si hay algo. Tome nota de las actividades de temporada (aunque no sea en la temporada actual).

Tipo de actividad	¿Cuántos minutos?	Ritmo/intensidad	¿Qué días?	¿A qué hora(s)?

¿Alguna vez tiene problemas para controlar sus niveles de azúcar en la sangre cuando hace ejercicio? sí no

Si así es, explica por favor: _____

¿Regularmente realiza ajustes en su plan de tratamiento de la diabetes para controlar los niveles de azúcar en la sangre durante el ejercicio? sí no

Si así es, explica por favor _____

IX. Mantenimiento de la salud

¿Tiene un plan que seguir para controlar su diabetes en caso de una enfermedad? sí no

¿Qué ajustes hace en su régimen de diabetes por enfermedad, si los hay? _____

¿Analiza su orina para cetonas? sí no Si es así, ¿cuándo? _____

¿Con qué frecuencia ... (circule lo que corresponda)

...ve a su médico de diabetes?	Semenal	Mensual	Cada 2-3 meses	Cada 4-6 meses
	Una vez al año	Menos de una vez al año	Nunca	
...tiene un examen de retina dilatado (ojo)?	Nunca	Cada 2-3 años	Cada año	Cada 6 meses
...tiene una limpieza dental profesional?	Nunca	Cada 2-3 años	Cada año	Des veces al año
	3-4 veces al año	6 veces al año	Mensual	
...cepillarse los dientes?	Nunca	1-2 veces a la semana	Diario	
	2 veces al día	>2 veces al día		
...usa hilo dental?	Nunca	Raramente	Semanal	Diario
...ve a un podólogo?	Nunca	Anual	2-3 veces al año	4-6 veces al año
	Mensual	Semanal	Solo cuando sea necesario	
...inspecciona sus pies?	Nunca	Raramente	Mensual	Semanal
	Diario			
...mide su hemoglobina A1c?	Nunca	Raramente	Anual	2 veces al año
	4 veces al año	Más de 4 veces al año	No sé qué es esto	
...mide su microalbúmina?	Nunca	Cada pocos años	Cada año	
	Más de una vez al año	No sé qué es esto		
...mide sus niveles de colesterol?	Nunca	Cada pocos años	Cada año	
	Más de una vez al año	No sé qué es esto		
...mide la función tiroidea?	Nunca	Cada pocos años	Cada año	
	Más de una vez al año	No sé qué es esto		

¿Alguna vez ha sido examinado para detectar el esprúe/celico (intolerancia al gluten)?
 sí no

¿Alguna vez ha sido examinado para detectar la osteoporosis?
 sí no

X. Vida social

¿Usted fuma? sí no Si usted fumó anteriormente, cuando dejó de fumar? _____
¿Qué fuma actualmente? cigarrillos cigarros marijuana
¿Cuántos por día? _____ ¿Por cuántos años? _____

¿Toma bebidas alcohólicas? sí no Si es así, ¿de qué tipo? _____
¿Cuántas veces al mes se bebe, en promedio? _____
¿Cuántas bebidas tiende a consumir, en promedio? _____

¿Utiliza alguna droga ilegal? sí no Si es así, describa: _____

Por favor califique la cantidad de estrés en su vida (circule el número correspondiente):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy poco/ Manejable				Moderado				Muy alto/ Difícil de manejar	

¿Experimenta episodios de depresión? sí no

Si es así, ¿cuánto tiempo duran los episodios? horas días semanas meses

¿Está sexualmente activo? sí no Si es así, ¿qué tipo de anticoncepción usa? _____

¿Está experimentando alguno de los siguientes problemas sexuales?
 hipoglucemia impotencia sequedad vaginal pérdida de interés otro: _____

¿Alguna vez ha tenido una enfermedad de transmisión sexual? sí no

Si es así, describa: _____

(mujeres) ¿Cambia su nivel de azúcar en la sangre durante su ciclo menstrual? sí no n/a

Si es así, por favor provee detalles: _____

¿Está planeando un embarazo? sí no Si es así, ¿cuándo? _____

¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado? _____

Por favor describa su ocupación actual: _____

¿Cuáles son sus horas de trabajo/escuela? _____

¿Cuáles son sus intereses/pasatiempos personales? _____

¿Con qué frecuencia viaja durante la noche?
__ nunca __ anual __ trimestral __ mensual __ semanal

¿Qué revistas de diabetes recibe? _____

¿Qué sitios web de diabetes visita? _____

¿Es usted un voluntario activo con alguna organización de diabetes? __ sí __ no

Si es así, ¿cuáles? ¿Cuál es su papel? _____

¿Hay algo más que quiera que sepamos?

Gracias por su paciencia y persistencia para completar esta autoevaluación. Por favor devuélvanoslo a la brevedad. ¡Esperamos hablar con usted en su consulta inicial!

Gary's dell/remote services/assessment for remote services 2.com