

## Cuestionario de Manejo Personal de la Diabetes

### Información General

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
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     afroamericano  
 hispano/latino/mexicano     hawaiano natal o isleño Pacífico     caucásico  
 Otro: \_\_\_\_\_

### Sistema de Apoyo / Socioeconómico

1. Estado civil:     Soltero/a     Casado/a     Divorciado/a     Viudo/a     Separado/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 culturales?     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: \_\_\_\_\_ Defecaciones por día: \_\_\_\_\_
- 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: \_\_\_\_\_
6. ¿Tiene algunas otras dificultades para el aprendizaje (tal como: problemas para leer, escribir, y/o entendiendo números)?  
 No  Sí: describa la(s) dificultad(es) \_\_\_\_\_

## Historia Médica

- ¿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  
 Problemas de circulación                       Obesidad                       Falta de respiración  
 Entumecimiento/dolor/hormigueo de manos/pies                       Ataque Cerebral  
 Otros problemas de salud: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene usted alguna alergia?     No     Sí: Medicamentos/comidas: \_\_\_\_\_
- ¿Fuma usted actualmente?     No     Sí: ¿Cuánto? \_\_\_\_\_  
¿Si "sí," ha tratado alguna vez de dejar de fumar?     No     Sí: ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
¿Si "sí," quisiera información de cómo dejar de fumar?     No     Sí  
¿Ha fumado en el pasado?     No     Sí: ¿Por cuánto tiempo y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
¿Cuándo dejó de fumar? \_\_\_\_\_
- ¿Toma usted alcohol?     No     Sí: ¿Cuánto y que tipo? \_\_\_\_\_

## Historia Familiar

- 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

- ¿Cuándo fue su último examen físico? \_\_\_\_\_
- ¿Con qué frecuencia ve usted a su doctor regular? \_\_\_\_\_
- ¿Ha sido hospitalizado/a durante los últimos 12 meses?     Sí     No  
Sí "sí," describa la razón/ones y donde: \_\_\_\_\_
- ¿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. Peso más alto/Edad:\_\_\_\_\_ Peso más bajo/Edad\_\_\_\_\_ Meta de Peso por Proveedor Médico:\_\_\_\_\_
  4. ¿Ha recibido consejería de dieta?  Sí  No  
Sí "sí," describa:\_\_\_\_\_
  5. ¿Tiene un plan de comidas?\_\_\_\_\_ Sí es así, cuál es?\_\_\_\_\_
  6. ¿Cuál es su mayor reto de comer sano?\_\_\_\_\_
  7. ¿Cuántas veces come al día?  Comidas:\_\_\_\_\_  Bocadillos:\_\_\_\_\_
  8. ¿Horas de comidas? AM:\_\_\_\_\_ Mediodía:\_\_\_\_\_ PM:\_\_\_\_\_ Bocadillos:\_\_\_\_\_
  9. ¿Si menor de edad y/o estudiante, qué comidas come en la escuela?\_\_\_\_\_
  10. ¿Con qué frecuencia come/bebe usted (respuesta **por día** o **por semana**):  
 Frutas:\_\_\_\_\_  Verduras:\_\_\_\_\_  ¿Cuánta agua toma por día?\_\_\_\_\_  Alcohol:\_\_\_\_\_
  - Leche:\_\_\_\_\_  Sin grasa  1 %  2 %  Entera  Soya  Almendra  Otras leches \_\_\_\_\_
  - Bebidas CON azúcar: Jugos:\_\_\_\_\_  Refrescos/sodas:\_\_\_\_\_  Otras:\_\_\_\_\_
  - Dulces/Postres:\_\_\_\_\_  Postres/bebidas SIN azúcar:\_\_\_\_\_
- Almidones comidos:** Ponga el número de porciones **por cada comida** o **día** o **semana**
- Pan:\_\_\_\_\_  Papas:\_\_\_\_\_  Frijoles:\_\_\_\_\_  Tortillas:\_\_\_\_\_  Arroz:\_\_\_\_\_
- Avena:\_\_\_\_\_  Cereales:\_\_\_\_\_  Pasta:\_\_\_\_\_  Maíz/Chícharos:\_\_\_\_\_  Otro:\_\_\_\_\_
- Carnes/Proteínas:** Ponga el número de porciones **por semana**
- Pollo:\_\_\_\_\_  Carnes Rojas:\_\_\_\_\_  Pescado:\_\_\_\_\_  Guajolote:\_\_\_\_\_  Cerdo:\_\_\_\_\_
- Huevos:\_\_\_\_\_  Queso:\_\_\_\_\_  Nueces/Mantequilla de Nueces:\_\_\_\_\_  Otro:\_\_\_\_\_
- Aceite/Grasa utilizada:**  Manteca de Cerdo o Acortamiento  Mantequilla o Margarina  Vegetal/Maíz
- Oliva  Canola  Cacahuete Otro:\_\_\_\_\_
11. ¿Quién cocina?:\_\_\_\_\_ ¿Quién compra la comida generalmente?:\_\_\_\_\_
  12. Con qué frecuencia come fuera de casa **por semana/mes**:\_\_\_\_\_

13. ¿Con que frecuencia es su comida fuera de casa?:

Estilo cafetería: \_\_\_\_\_ Comida rápida: \_\_\_\_\_ Buffet: \_\_\_\_\_

Restaurante: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

14. ¿Cómo suele preparar su comida?  Frita  Al horno  Asada  A la parrilla  Hervida

A Vapor  Otra forma/s: \_\_\_\_\_

15. ¿Cómo describiría sus porciones?  Pequeñas  Medianas  Grandes

16. ¿Cómo describiría su apetito?  Aumentado  Normal  Disminuido

17. Lista de las alergias a los alimentos o intolerancia: \_\_\_\_\_

18. Cualquier otro tipo de dieta especial que necesita: \_\_\_\_\_

19. ¿Cómo afecta su forma de comer su estado de ánimo/estrés? \_\_\_\_\_

## Inseguridad de Comidas

1. ¿En los últimos 12 meses, cortó el tamaño de sus comidas u omitió comidas porque no hubo suficiente dinero para comidas?  No  Sí

Si "sí", ¿que seguido sucedió?  Casi todos los meses  Algunos meses pero no todos  Solo en 1 o 2 meses

2. ¿En los últimos 12 meses, comió menos de lo que sintió que debería porque no hubo suficiente dinero para comida?  No  Sí

3. ¿En los últimos 12 meses, alguna vez tuvo hambre porque no comió debido a no poder permitirse comprar suficiente comida?  No  Sí

4. Conteste las siguientes declaraciones respecto a las situaciones de sus comidas:

a. "La comida que compré no duró y no tuve suficiente dinero para comprar más."

Seguido verdad  Algunas veces verdad  Nunca verdad

b. "No hubo suficiente dinero para comer comidas balanceadas."

Seguido verdad  Algunas veces verdad  Nunca verdad

## Estar Activo/a

1. ¿Hace ejercicio regularmente?  Sí  No

Tipo de ejercicio(s): \_\_\_\_\_

¿Cuántos días por semana hace ejercicio? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos minutos por día/sesión? \_\_\_\_\_

¿A qué hora del día hace ejercicio? \_\_\_\_\_

Nota: Si es menor de edad y/o estudiante, favor de incluir ejercicio durante educación física en escuela.

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? (Circule una):  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
4. ¿Qué tan seguro/a es que puede ser activo/a, donde **0** no está seguro/a y **10** está muy seguro/a? (Circule una):  
 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? (Circule una):  
 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? (Circule una):  
 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/s: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha olvidado tomar sus medicamentos para la diabetes?  No  Sí: ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

4. Sí usted se inyecta insulina: (Si NO proceda a pregunta #6)  
 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?  No  Sí      ¿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? (Circule una):  
 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?  No  Sí  ¿Si "sí," que seguido?  Raro  
 1-2 veces por semana  Todos los días  Otras veces: \_\_\_\_\_  
 Si "sí," ¿Cómo se sintió? \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo la trató? \_\_\_\_\_  
 ¿Requirió ayuda o hospitalización para ello?  No  Sí: \_\_\_\_\_
2. ¿Carga algo con azúcar con usted?  No  Sí      ¿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?  No  Sí Si "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? (Circule una):  
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? (Circule una):  
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? (Circule una):  
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?  Sí  No
5. ¿Siente que puede controlar su diabetes?  Sí  No
6. ¿El buen control vale la pena?  Sí  No

Mi diabetes me ha causado problemas en las áreas siguientes:  Vida familiar/actividades sociales

Trabajo/escuela  Deportes/ejercicio  Relaciones sexuales  Finanzas  Satisfacción

Viajar  Ninguna/s  Otro: \_\_\_\_\_

7. ¿DURANTE EL ÚLTIMO MES, ha experimentado algunas de las siguientes y a qué grado?  
1 - No es un Problema 2 - Es un Pequeño Problema 3 - Es un Problema Moderado 4 - Es un Problema Algo grave  
5 - Es un Problema Grave 6 - Es un Problema Muy Grave

1) Sentirse sobrecargado(a) por la atención que requiere vivir con la diabetes: 1 2 3 4 5 6

2) Sentir que fracaso a menudo con mi régimen de diabetes: 1 2 3 4 5 6

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 le revisan los ojos 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  
Sí "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. ¿Tiene un plan de emergencia para la diabetes?  Sí  No
14. ¿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? (Circule una):  
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

## Estableciendo Objetivos

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

## Sólo Mujeres

1. Fecha de la última prueba de Papanicolaou/examen pélvico: \_\_\_\_\_ Última mamografía: \_\_\_\_\_
2. ¿Cuántos embarazos ha tenido? \_\_\_\_\_ Abortos/abortos involuntarios: \_\_\_\_\_
3. ¿Cuántos hijos vivos tiene? \_\_\_\_\_ ¿Complicaciones de embarazo? \_\_\_\_\_
4. ¿Alguna vez le dijeron que tenía diabetes durante el embarazo?  Sí  No
5. ¿Tuvo bebés que pesaran más de 9 libras al nacer?  Sí  No
6. ¿Qué método anticonceptivo usa?  
 Ningún método es utilizado  Posmenopáusia  Píldoras anticonceptivas  Condomes  
 Norplant/Implanon/Nexplanon  Atado de tubos  Inyecciones de Depo-Provera  DIU  
 Otros: \_\_\_\_\_

## Sólo Mujeres: Embarazo

1. ¿Está actualmente embarazada?  No  Sí: ¿Cuál es su fecha de nacimiento? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuándo fue su último período menstrual? \_\_\_\_\_
3. ¿Está planeando quedar embarazada?  No  Sí  
Sí "sí," ¿está consciente de los efectos de la diabetes en el embarazo y del embarazo en la diabetes?  No  Sí