

Cuestionario de Manejo Personal de Prediabetes

Información General

1. Nombre: _____ Edad: _____
2. Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____
3. Tel. de casa: _____ Tel. de trabajo: _____ Celular: _____
4. ¿Cuál es el nombre de su médico primario? _____
5. ¿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 prediabetes? No Sí: ¿Quién? _____
4. ¿Hay allí alguien que le ayuda con su cuidado de la prediabetes? No 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? No Sí
Si "sí," explique: _____
2. ¿Cuál es su idioma de preferencia? Hablado: _____ Para leer: _____

Historia de la Diabetes

1. ¿Por cuánto tiempo ha tenido prediabetes? _____
2. ¿Qué tipo de diabetes tiene usted? Tipo 1 Tipo 2 Gestacional Prediabetes 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 prediabetes? Bueno Más o Menos Malo
2. ¿En sus propias palabras, qué es la prediabetes? _____
3. ¿Ha sido instruido alguna vez usted en el cuidado de diabetes? No Sí
¿Si "sí," dónde y por quién? _____
4. ¿Tiene usted alguna limitación física que puede afectar su capacidad de realizar su propio cuidado?
 - Problemas para oír Pérdida de visión (no corregido por gafas o lentes de contacto)
 - Problemas con el uso de sus manos 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
 - Problemas de los Riñones/Vejiga
 - Náusea frecuente, vómito, estreñimiento, diarrea
 - Enfermedad cardíaca/dolor de pecho
 - Asma
 - Problemas de circulación
 - Falta de respiración
 - Entumecimiento/dolor/hormigueo de manos/pies
 - Otros problemas de salud: _____
 - Colesterol/Triglicéridos altos
 - Problemas de los ojos o vista
 - Cirugía en los últimos 5 años
 - Enfermedad de tiroides
 - Depresión o ansiedad
 - Obesidad
 - Ataque Cerebral
- ¿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? No Sí
Si "sí," describa la razón/ones y donde: _____
- ¿Ha estado en la sala de emergencia durante los últimos 12 meses? No Sí
Si "sí," describa la razón/ones y donde: _____

Su Cuidado Personal

Alimentación Saludable

1. Altura:_____ Peso:_____ ¿En qué peso está cómodo/a?_____
 2. ¿Ha cambiado su peso en los últimos tres meses? No Sí
Si "sí," he perdido / aumentado_____ libras
¿El cambio de peso fue intencional? No Sí - Explique:_____
Peso más alto/Edad:_____ Peso más bajo/Edad:_____ Meta de Peso por Proveedor Médico:_____
 3. ¿Ha recibido consejería de dieta? No Sí
Si "sí," describa:_____
 4. ¿Tiene un plan de comidas?_____ ¿Si "sí," 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. ¿Si menor de edad y/o estudiante, qué comidas come en la escuela?_____
 9. ¿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 Cacahuate Otro:_____
10. ¿Quién cocina?:_____ ¿Quién compra la comida generalmente?:_____
 11. ¿Con qué frecuencia es su comida fuera de la casa **por semana/mes**:?:_____

12. ¿Con qué frecuencia comida fuera de casa es: _____
 Estilo cafetería: _____ Comida rápida: _____ Buffet: _____
 Restaurante: _____ Otro: _____
13. ¿Cómo suele preparar su comida? Frita Al horno Asada A la parrilla Hervida
 A Vapor Otra forma/s: _____
14. ¿Cómo describiría sus porciones? Pequeñas Medianas Grandes
15. ¿Cómo describiría su apetito? Aumentado Normal Disminuido
16. Lista de las alergias a los alimentos o intolerancia: _____

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

18. ¿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? No Sí
 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

Tomando Medicamentos

1. ¿Toma pastillas para la prediabetes? 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 prediabetes? No Sí: ¿Con qué frecuencia? _____
4. ¿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
5. ¿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? (Circule una)
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Solucionando Problemas

1. ¿Ha tenido la azúcar alta en la sangre? No Sí No sé
- ¿Si "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: _____

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 prediabetes? _____

¿Está experimentando en la actualidad alguna de las siguientes?

- No problemas Muerte reciente Separación
- Divorcio Enfermedad Desempleo
- Dificultades financieras Problemas de vivienda Soledad
- Confusión Síntomas de depresión Pensamientos de hacerse daño a sí mismo/a
- Otro: _____

4. ¿Tiene antecedentes de depresión? No Sí
¿Con qué frecuencia se siente deprimido/a?
 Mucho Algo Un Poco Para nada

Estableciendo Objetivos

1. ¿Acerca cuáles áreas de la prediabetes le gustaría saber más?
 ¿Qué es la prediabetes? Azúcar alta en la sangre Dieta
 Ejercicio Estrés Embarazo
2. Tener prediabetes significa que pueda que tenga que hacer algunos cambios; si los hay, ¿qué cambios le gustaría hacer ahora?
 Ser activo/a
 Comer saludable
 Solucionar problemas para azúcar en la sangre
 Reducción de los riesgos de complicaciones de la diabetes
 Vivir con la prediabetes
 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? No Sí
5. ¿Tuvo bebés que pesaran más de 9 libras al nacer? No Sí
6. ¿Qué método anticonceptivo usa?
- Ningún método es utilizado Posmenopáusia Píldoras anticonceptivas Condones
- 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