

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: Familia Amigo/a Educado/a Proveedor Otro: _____
¿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 Problemas con el uso de sus pies
 Pérdida de visión (no corregido por gafas o lentes de contacto) No problema
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

1. ¿Ha sido diagnosticado/a alguna vez, le han dicho, o ha tenido usted problemas con lo siguiente?
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alta presión | <input type="checkbox"/> Colesterol/Triglicéridos altos | <input type="checkbox"/> Problemas de los Riñones/Vejiga |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los ojos o vista | <input type="checkbox"/> Náusea frecuente, vómito, estreñimiento, diarrea | |
| <input type="checkbox"/> Cirugía en los últimos 5 años | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca/dolor de pecho | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Problemas de circulación | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Falta de respiración |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento/dolor/hormigueo de manos/pies | <input type="checkbox"/> Ataque Cerebral | |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud: _____ | | |
2. ¿Tiene usted alguna alergia? No Sí: Medicamentos/comidas: _____
3. ¿Fuma usted actualmente cigarrillos y/o pumas de vapor? 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? _____
4. ¿Toma usted alcohol? No Sí: ¿Cuánto y que tipo? _____

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. Peso más alto/Edad: _____ Peso más bajo/Edad _____ Meta de Peso: _____
4. ¿Ha recibido consejería de dieta? Sí No
Sí "sí," describa: _____
5. ¿Tiene un plan de comidas? _____ Sí es que si, ¿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 come en la escuela?
 Desayuno escolar Almuerzo escolar Desayuno de casa Almuerzo de casa
10. ¿Quién cocina?: _____ ¿Quién compra la comida generalmente?: _____
11. Con qué frecuencia come fuera de casa **por semana/mes**: _____
12. ¿Con que frecuencia es su comida fuera de casa? 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? _____

¿Con qué frecuencia come/bebe usted lo siguiente?	Nunca	1 vez al mes	2-3 veces al mes	1-2 veces por semana	3-4 veces por semana	1 vez por día	2 o más veces al día
Frutas							
Verduras							
Dulces/postres/pan dulce							
Papas fritas							
Comidas congeladas							
Comidas enlatadas							
Bebidas	Nunca	1 vez al mes	2-3 veces al mes	1-2 veces por semana	3-4 veces por semana	1 vez por día	2 o más veces al día
Leche: <input type="checkbox"/> Sin grasa <input type="checkbox"/> 1 % <input type="checkbox"/> 2 % <input type="checkbox"/> Entera <input type="checkbox"/> Otra							
Jugo/agua fresca							
Soda							
Bebidas sin azúcar							
Alcohol							
Bebidas energizantes							
Agua por día <i>nota: 1 botella de agua es igual a 16 onzas</i>	8-16 onzas (1-2 vaso)	24 onzas (3 vasos)	32 onzas (4 vasos)	40 onzas (5 vasos)	48 onzas (6 vasos)	56 onzas (7 vasos)	64 onzas o mas (8 vasos, 2 litros)
Almidones	Nunca	1 vez al mes	2-3 veces al mes	1-2 veces por semana	3-4 veces por semana	1 vez por día	2 o más veces al día
Cereales							
Pan: <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> integral							
Papas							
Frijoles							
Tortillas: <input type="checkbox"/> maíz <input type="checkbox"/> harina							
Arroz							
Avena							
Pasta							
Maíz/chicharos							
Carnes/proteínas	Nunca	1 vez al mes	2-3 veces al mes	1-2 veces por semana	3-4 veces por semana	1 vez por día	2 o más veces al día
Pollo							
Carne de rez							
Carne de cerdo							
Pescado							
Guajalote							
Huevos							
Queso							
Nueces/mantequilla de nueces							
Aceite/Grasa	Nunca	1 vez al mes	2-3 veces al mes	1-2 veces por semana	3-4 veces por semana	1 vez por día	2 o más veces al día
Manteca de cerdo							
Mantequilla o margarina							
Oliva							
Vegetal/maíz							
Canola							
Otra:							

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

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

Monitoreo

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

Si "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: _____
4. ¿Ha olvidado tomar sus medicamentos para la diabetes? No Sí: ¿Con qué frecuencia? _____
5. Usted se inyecta insulina: Sí No (**proceda a pregunta #6**)
Se inyecta insulina con: Jeringa Pluma de insulina Pompa de insulina
¿Quién llena la jeringa o pluma? _____ ¿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? _____
6. ¿Ha olvidado tomar su insulina? No Sí ¿Con qué frecuencia? _____
7. ¿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
8. ¿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

- ¿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: _____
- ¿Carga algo con azúcar con usted? No Sí ¿Si "sí," qué tipo? _____
- ¿Ha tenido alguna vez que dar glucagón? No sé Sí No
- ¿Alguien que vive con usted sabe cómo dar glucagón? No sé Sí No
- ¿Tiene una identificación que dice que tiene diabetes? No sé Sí No
- ¿Ha tenido la azúcar alta en la sangre? No sé Sí No
¿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: _____
- ¿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

- ¿Hay mucho estrés en su vida? No Sí Si "sí", explique: _____
- ¿Qué hace para manejar el estrés en su vida? _____
- ¿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
- ¿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
- ¿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

- ¿Cómo describiría su salud en general? Buena Más o menos Mala
- ¿Su salud es importante para usted? Todo el tiempo A veces
 Sólo cuando está enfermo/a No, para nada
- ¿Cómo se siente sobre tener la diabetes? _____
- ¿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 ULTIMO MES ha experimentado algunas de las siguientes y a que grado?

Sentirse sobrecargado(a) por la atención que requiere vivir con la diabetes

- Seguido verdad A veces verdad Nunca verdad

Sentir que fracaso a menudo con mi régimen de diabetes

- Seguido verdad A veces verdad Nunca verdad

8. ¿Está experimentando en la actualidad alguna de las siguientes?

- Separación Divorcio Enfermedad Dificultades financieras
 Problemas de vivienda Problemas de transporte Síntomas de depresión Muerte reciente
 Soledad Confusión Desempleo No problemas
 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. ¿Ha recibido la/s vacuna/s de COVID-19? No Sí: Cuándo y cuantas: _____

9. ¿Le han revisado la presión? No Sí: Cuando: _____

10. ¿Ha tenido la glucosa (azúcar en la sangre) en ayunas revisada? No Sí: Cuando: _____

11. ¿Ha tenido el colesterol y los triglicéridos revisados? No Sí: Cuando: _____

12. ¿Ha tenido una prueba de A1c? No Sí: Cuando: _____

13. ¿Usa un brazalete o mantiene algo con usted que le identifique que tiene diabetes? Sí No
14. ¿Tiene un plan de emergencia para la diabetes? Sí No
15. ¿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?
- | | | | |
|---|--|---|---|
| <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"/> Estrés |
| <input type="checkbox"/> Azúcar baja en la sangre | <input type="checkbox"/> Dieta | <input type="checkbox"/> Ejercicio | <input type="checkbox"/> Complicaciones |
| <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 | <input type="checkbox"/> 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?
- | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <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: _____ | | | |

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?
- | | | | |
|--|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ningún método es utilizado | <input type="checkbox"/> Posmenopausia | <input type="checkbox"/> Píldoras anticonceptivas | <input type="checkbox"/> Condones |
| <input type="checkbox"/> Norplant/Implanon/Nexplanon | <input type="checkbox"/> Atado de tubos | <input type="checkbox"/> Inyecciones de Depo-Provera | <input type="checkbox"/> DIU |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | | |
7. ¿Estas amamantando? No Sí: ¿Cuánta leche materna y fórmula está alimentando?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> solo leche materna | <input type="checkbox"/> La mitad de la leche materna y alguna fórmula o alimentos |
| <input type="checkbox"/> Algo de leche materna, principalmente fórmula o alimentos | |

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