



PROGRAMA DIABETES LIFECARE
Cuestionario para pacientes (Patient Questionnaire)

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Femenina Masculino

Dirección (incluya estado, ciudad, código postal): _____

Número(s) de teléfono: _____
(casa) (trabajo) (celular)

Correo Electrónico (Opcional): _____

Nombre del médico: _____ No. de teléfono del médico: _____

Raza / Origen étnico: Blanco no hispano Afro americano Hispanoamericano
 Nativo americano Asiático americano Otro: _____

¿Cuánto tiempo hace que sabe que tiene diabetes? _____

¿Ha tomado antes una clase sobre diabetes?
 No Sí (fecha y lugar): _____

¿Hay antecedentes familiares de diabetes?
 No Sí (¿de quién?): _____

¿Se hace usted pruebas de sus niveles de azúcar en la sangre?
 No (¿por qué?): _____
 Sí Marque con ✓ la cantidad de veces por día en que se hace pruebas:
 Una Dos Tres Cuatro Cinco ó más

¿Cuándo se hace la prueba? (✓ todo lo que corresponda):
 Antes del desayuno Antes del almuerzo o la cena Después de las comidas
 A la hora de acostarse Otro: _____

¿Ha presentado niveles BAJOS de azúcar en la sangre?
 No Sí No sé
Si la respuesta es Sí, marque con ✓ la frecuencia: Diaria Semanal Mensual Otra: _____

¿A qué hora(s) del día presenta la mayoría de sus niveles bajos de azúcar en la sangre? (marque con ✓ todo lo que corresponda)
 Por la' Mañana Mitad del día Tarde Atardecer Noche

¿Cómo trata los niveles bajos de azúcar en la sangre? _____

¿Ha perdido el conocimiento alguna vez o necesitado asistencia para revertir un bajo nivel de azúcar en la sangre?
 No Sí ¿Cuándo ocurrió por última vez? _____
¿Con qué frecuencia ocurrió? _____

¿Ha presentado alguna vez niveles ELEVADOS de azúcar en la sangre?
 No Sí No sé
Si la respuesta es Sí, marque con ✓ la frecuencia: Diaria Semanal Mensual Otra: _____

¿A qué hora(s) del día presenta la mayoría de sus niveles elevados de azúcar en la sangre? (marque con ✓ todo lo que corresponda)
 Por la' Mañana Mitad del día Tarde Atardecer Noche

¿Cómo trata los niveles elevados de azúcar en la sangre? _____



Cuestionario para pacientes (Patient Questionnaire)

¿Tiene algún otro problema de salud?

- No Sí (✓): Hipertensión Enfermedad cardíaca Nivel elevado de colesterol/triglicéridos
 Glaucoma Apoplejía Retinopatía (OJO)
 Problemas renales Asma Neuropatía (NERVIO)
 Dientes o encías Osteoporosis Disfunción sexual
 Trasplante de órganos Tiroides Ovarios poliquísticos
 Otro: _____

¿Toma algún medicamento para estos problemas?

No Sí (enumere): _____

¿Tiene alguno de los problemas que se indican a continuación?

Visión No Sí ¿Puede ver bien con anteojos? No Sí
 Audición No Sí ¿Usa audífonos? No Sí

Haga una lista de los medicamentos que toma y cuándo los toma: _____

¿Toma píldoras para su diabetes?

No Sí Si la respuesta es Sí, haga una lista del tipo de píldora, la hora del día a la que la toma y por cuánto tiempo la ha estado tomando:

Píldora	Dosis	Hora de la toma	Duración del uso (¿cuánto tiempo?)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Recibe insulina?

No Sí Si la respuesta es Sí, se inyecta con ¿una jeringa? ¿un bolígrafo de insulina?
 Haga una lista de tipo(s) de insulina, No. de unidades, hora a la que la recibe y por cuánto tiempo la ha estado recibiendo a continuación: (los tipos de insulina incluyen Novolin N, Humulin N, Humulin 50/50, Humulin L, Humalog, Novolog, Novolin 70/30, 70/30 Novolog, 75/25 Humalog, Lantus, Levemir y Apidra)

Tipo de insulina	Unidades	Hora de la inyección	Duración del uso (¿cuánto tiempo?)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Usa usted una **Pompa de insulina?** No Sí Si la respuesta es Sí, indique:

Pompa de insulina inicial _____ unidades Relación insulina/carbohidratos ____ : ____
 Factor de corrección _____



166015

Cuestionario para pacientes (Patient Questionnaire)

¿Recibe el medicamento Byetta? No Sí

Si la respuesta es Sí, indique a continuación el No. de unidades, horario(s) en que lo recibe y por cuánto tiempo lo ha estado recibiendo:

Unidades _____ Hora de la inyección _____ Duración del uso (¿cuánto tiempo?) _____

¿Con qué frecuencia ve a su médico?

Mensual Cada 3 meses Cada 6 meses Anual Cada algunos años Nunca

¿Cuándo fue la última vez que vio a su OCULISTA? Fecha: _____

¿Vive solo(a)? No Sí (¿Con quién vive?): _____

¿Fuma?

No Sí dejó, ¿cuándo?: _____
 Sí (cantidad): _____

¿Bebe alcohol?

No Sí Cerveza Vino Bebidas alcohólicas ¿Cuánto? _____
¿Con qué frecuencia? _____

¿Trabaja?

No Jubilado(a) Desempleado(a)
 Sí ¿En qué turno trabaja? Días Tardes Noches Rotativo
¿Cuántas horas trabaja habitualmente? _____

Tener diabetes me hace sentir... (✓ todo lo que se le aplique)

Enojado(a) Con miedo Confundido(a) Triste Disgustado(a)
 Siento que no puedo hacer mi trabajo
 Siento que no puedo vivir como quiero
 Me siento una persona enferma
 Siento que debería comer mejor
 Otro: _____

¿Hay mucho ESTRÉS en su vida?

No Sí Explique: _____

¿Qué hace para manejar el estrés en su vida? _____

¿Alguna vez se siente DEPRIMIDO(A)?

No Sí ¿Con qué frecuencia?: Mucha Algo Poca

¿Hace ejercicio?

No Sí (✓) Tipos favoritos: Caminar Aeróbico/Baile Máquina elíptica
 Natación Correr/Banda rodante Levantamiento de pesas
 Ciclismo/Bicicleta fija
 Otro: _____
(✓) ¿Con qué frecuencia: Diaria 1 a 2 x semana 3 a 4 x semana 5 a 6 x semana
 7 ó más veces por semana
(✓) duración del ejercicio: 1-10 minutos 11-20 minutos 21-30 minutos
 31-45 minutos 60 minutos Otro: _____

¿Tiene alguna limitación para el ejercicio?

No Sí, describa: _____



Cuestionario para pacientes (Patient Questionnaire)

Para que podamos diseñar un plan de comidas adecuado a sus necesidades, complete el cuestionario que sigue de acuerdo con sus prácticas comunes y cambios deseados en su estilo de vida.

¿Ha recibido instrucciones previas sobre la dieta?

- Sí ¿Dónde? _____
 No ¿Cuándo? _____
¿Tiene un plan de comidas? No Sí ¿Cuántas calorías? _____
¿Durante cuánto tiempo usted puede seguirlo?
 0%-25% 25%-50% 50%-75% 75%-100%

¿Sigue alguna restricción en la dieta o comidas especiales?

- No Sí (✓) Vegetariana Vegetariana estricta Lacto-Ovo-vegetariana Lacto-vegetariana
 Ovo-vegetariana
 Con bajo contenido de hidratos de carbono
 Con bajo contenido graso / colesterol
 Otro: _____

¿Se ha cambiado su peso en los últimos 6 meses?

- No Sí (Describa el cambio: ¿cuántas libras? _____ Subió Bajó)
Estatura _____ Edad _____ Peso conocido actual/más reciente _____
¿Está contento(a) con su peso actual? Sí No
¿Cuánto le gustaría pesar? _____ ¿Cuál ha sido su mayor peso? _____
Si ahora pesa menos que su peso más elevado, ¿cómo bajó de peso? _____

¿Tiene alguna ALERGI A ALIMENTOS?

- No Sí Alimento(s): _____

¿Tiene alguna INTOLERANCIA A ALIMENTOS/BEBIDAS (por ejemplo, lactosa, comidas picantes)?

- No Sí Alimento(s): _____

¿Cómo es su APETITO? Bueno Regular Pobre

¿Ha habido algún cambio reciente en su apetito?

- No Sí (describa): _____

¿Tiene algún problema para comer o problema digestivo?

- No Sí masticar tragar dolor de estómago diarrea estreñimiento
 Otro: _____

Cuando come en su casa, ¿quién prepara las comidas?

- Yo Cónyuge o familiar Meals on wheels (comidas a domicilio) Otro

¿Quién compra los comestibles?

- Yo Cónyuge o familiar Otro _____

Tiene alguna restricción con respecto su creencias religiosas, culturales:

- No Sí (Describa): _____

¿Toma vitaminas o algún otro suplemento nutricional?

- No Sí (cuáles): Multivitaminas: _____ Calcio Vitamina E
 Niacina Cromo Vitamina B-6
 Potasio, sustituto de la sal Selenio Hierro
 Vitamina D Ácido fólico Vitamina B12
 Bebida nutricional (nombre, por ejemplo Ensure): _____
 Otro: _____



166015

Cuestionario para pacientes (Patient Questionnaire)

¿Toma algún otro suplemento a base de hierbas?

- Sí: Equinácea Ginseng Ma-huang St. John's Wort (Hierba de San Juan)
 No Ajo Melatonina Raíz o caramelo de regaliz Jengibre
 Aceite de pescado Sen, aloe, tullidora, cáscara sagrada
 Otro(s) (enumere) _____

Marque con ✓ sus bebidas favoritas y la cantidad que bebe habitualmente:

- Café ¿cuántas tazas por día? _____
 Té ¿cuántas tazas por día? _____

- ¿Qué le agrega a su café o té? leche Half & Half (crema y leche) crema no láctea
 Solo o negro azúcar sustituto del azúcar miel
 Jugo 4 oz. 8oz. 12 oz.
 Gaseosa común 12 oz. Lata 20 oz. botella de 2 litros
 Agua No. de vasos _____ No. de botellas _____

Díganos lo que come en un día típico y en qué cantidad. Complete la lista con el mayor detalle posible. Si se saltea una comida o un bocadillo, escriba "NADA".

- | <input checked="" type="checkbox"/> <u>Hora del día</u> | <u>Comidas</u> | <u>Qué y cuánto come habitualmente</u> |
|---|------------------------------|--|
| | Desayuno | |
| | Almuerzo | |
| | Cena | |
| | Bocadillo AM | |
| | Bocadillo PM | |
| | Bocadillo antes de acostarse | |
| | Otro | |



Cuestionario para pacientes (Patient Questionnaire)

**De la lista de alimentos a continuación, marque con ✓ los alimentos que come en comidas y colaciones.
Frecuencia y cantidades:**

<i>Alimento</i>	Diaria	1-3x/semana	4+ x/semana	Mensual	Rara vez
Cantidad	✓	✓	✓	✓	
Pan blanco					
Pan de trigo integral					
Bagel					
Dona					
Cereales fríos					
Cereales calientes					
Salchicha					
Manteca de maní					
Queso <i>Cottage</i>					
Queso					
Huevos					
Arrollados/pasteles					
Papa					
Papas fritas					
Pasta					
Arroz					
Maíz o arvejas					
Frijoles					
Carne de ave					
Carne de vaca					
Carne de cerdo					
Pescado					
Mariscos					
Perros calientes					
Fiambres					
Pizza					
Comidas congeladas					
Verduras de hoja verde					
Ensaladas					
Caramelos, barras dulces					
Postres – pastel, torta					
Helado/ otros postres congelados					
Galletas dulces					
Otro:					



Cuestionario para pacientes (Patient Questionnaire)

¿Con qué frecuencia come en restaurantes, cafeterías o fuera de su casa?

Desayuno _____ x/semana Almuerzo _____ x/semana Cena _____ x/semana

Marque con ✓ los PRODUCTOS LÁCTEOS que come o bebe

- | | | | |
|--|---------------------|----------------------|---------------------|
| <p>✓ <u>Tipo:</u>
Regular
Contenido graso reducido (2%)
Descremado (1%)
Semidescremado
Desnatado (sin grasa)
"Light"
Ninguno</p> | <p><u>Leche</u></p> | <p><u>Yogurt</u></p> | <p><u>Queso</u></p> |
|--|---------------------|----------------------|---------------------|

¿Cuántas tazas de LECHE bebe o usa con bebidas o cereales por día?

½ taza 1 taza 2 tazas 3 tazas más de 3 tazas

Si usa los siguientes productos, marque la cantidad que bebe en un día típico:

- | | |
|--|--|
| <p>✓ <u>Cantidad</u>
Lactaid:
Leche de soja:
Leche de arroz:</p> | <p><u>½ taza</u> <u>1 taza</u> <u>2 tazas</u> <u>3 tazas</u> <u>3+ tazas</u></p> |
|--|--|

Haga una lista de las FRUTAS que le gustan:

<p>✓ <u>Lista de tipos</u> Enlatada en almíbar espeso Enlatada en almíbar de bajas calorías Envasada en jugo/sin agregado de azúcar Fresca: Congelada: Ninguna (explique por qué):</p>	<p><u>No. de porciones por día</u></p>
--	--

Haga una lista de las VERDURAS que le gustan:

<p>✓ <u>Lista de tipos</u> Fresca: Enlatada: Congelada: Ninguna (explique por qué):</p>	<p><u>No. de porciones por día</u></p>
---	--

Haga una lista de los alimentos que no le gustan y que no comerá: _____



166015

Cuestionario para pacientes (Patient Questionnaire)

¿Qué preocupaciones tiene con respecto a la alimentación? _____

¿Sobre qué le gustaría saber más?

- bajar de peso comer afuera uso de alcohol ejercicio lectura de etiquetas endulzantes
 Otro: _____

¿Qué espera lograr u obtener de esta clase/cita? Me gustaría:

- Mejorar el nivel de azúcar en sangre Mejorar los hábitos alimentarios Bajar de peso
 Mejorar los ejercicios Disminuir el nivel de colesterol/triglicéridos
 Disminuir la presión arterial
 Otro: _____

Evaluación del cuestionario:

¿Cuánto tiempo le llevó completar este cuestionario? _____ minutos

Le parece que el cuestionario es:

De acuerdo (✓) En desacuerdo (✓)

Comprensible

Legible

Suficiente espacio para escribir

Demasiado largo

¿Recibió su cuestionario en su casa?

- No Sí: ¿cuánto antes del programa recibió usted su cuestionario?
 1 semana 2 semanas 3 semanas 4 semanas
 Otro: _____

¿Recibió un folleto que describe el programa Diabetes LifeCare?

- No Sí

Comentarios adicionales: