

DIABETES BRIEF INTAKE QUESTIONNAIRE

(Reviewed and Approved)



Nos gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su edad, origen étnico, educación, estatura, peso, rutina física, y riesgos de diabetes. Esta información será usada para ayudar a determinar que servicios e información usted pueda necesitar. Sus respuestas son confidenciales. Este procedimiento solo tomara unos minutos.

Lugar: _____ **Fecha:** _____

Origen Étnico/ Raza: <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> No-Hispano Blanco <input type="checkbox"/> Otra Raza /Étnico (please specify) _____	
Edad (Años): _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Lenguaje Principal: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifica) _____	Educación (Años): _____

¿Algún proveedor de salud le ha dicho que usted tiene diabetes?

1. NO (Si No, completar section A y B.
2. Si

[PARA MUJERES] ¿Esta usted embarazada? Sí NO

Por principio, Nos gustaría saber si es que usted tiene acceso a ciertos servicios de salud, y si los usa.

A. ACCESO Y CUIDADO PREVENTIVO			
1. ¿Tiene usted una fuente de cuidado de salud regular, así como un doctor o una clínica?		Sí	No
2. Durante el año pasado, ¿Ha visitado a un doctor o a un proveedor de cuidado de salud para un examen físico o chequeo medico?		Sí	No
3. ¿Tiene usted seguro medico, Medicaid, o Medicare?		Sí	No
4. Durante el año pasado, ¿Ha recibido un examen de azúcar en la sangre?		Sí	No
5. Durante el año pasado, ¿Le han tomado la presión arterial?		Sí	No
6. Durante el año pasado, ¿Ha tenido un examen de colesterol en la sangre?		Sí	No
7. Durante el año pasado, ¿Le han limpiado o revisado sus dientes?		Sí	No
WOMEN ONLY	8. Durante el año pasado, ¿Ha hecho un examen de Papanicolau?	Sí	No
	9. Durante el año pasado, ¿Ha tenido un examen de mama o mamograma?	Sí	No

B. EVALUACIÓN DE RIESGO DE DIABETES	Puntos
1. EDAD: Por favor, cicula su rango de edad.	18 – 44 años = 0 pts 45 – 64 años = 5 pts 65 años y mayor = 9 pts
2. ¿Tiene un padre con diabetes?	No = 0 Sí = 1
3. ¿Tiene un/a abuelo/a con diabetes?	No = 0 Sí = 1
4. ¿Tiene algún/a hermano/a con diabetes?	No = 0 Sí = 1
5. ¿Ha hecho algún ejercicio por lo menos 3 veces al día durante el mes pasado?	No = 5 Sí = 0
6. ¿Se considera estar sobrepeso?	No = 0 Sí = 3
7a. ¿Cuál es su peso? Peso __ __ __ (Lbs.) 7b. ¿Cuál es su estatura? Estatura __ ' __ __ '' (pies/pulgadas) BMI _____ % [VER LA GRÁFICA DE BMI] ¿POR DEBAJO/IGUAL/POR ENCIMA?	No = 0 Sí = 5
8. ¿Peso usted mas de 9 libras (4.1 Kg) cuando nació?	No = 0 Sí = 1
9. [Mujeres] ¿Ha tenido un bebe que pese mas de nueve libras al nacer?	No = 0 Sí = 1
10. [Mujeres] ¿Ha tenido diabetes durante un embarazo?	No = 0 Sí = 1
11. ¿Algún proveedor de salud le ha dicho que usted tiene alta presión arterial o hipertensión?	No = 0 Sí = 1
12. ¿Le ha dicho que tiene altos niveles de colesterol?	No = 0 Sí = 1
13. ¿Algún proveedor de salud le ha dicho que usted padece de enfermedad de corazón?	No = 0 Sí = 1
14. ¿Algún proveedor de salud le ha dicho que su nivel de azúcar esta alta o elevada, aunque nada mas sea periódicamente?	No = 0 Sí = 1
RESULTADO TOTAL DE RIESGO: Si su resultado total de riesgo es; Su riesgo de desarrollar diabetes es > 10 puntos → → ALTO 4 – 9 puntos → → Mediano 0 – 4 puntos → → Bajo	

Recomendaciones: Examen de Glucosa en la Sangre, Brief Risk Reductin Counseling (WAAVE) Referral for testing Referral to Healthcare Services Exercise Program Educación de Salud (clases de DEEP)

¿Alguna vez le ha dicho su proveedor de cuidado de salud que usted tiene diabetes?

NO (👋 **TERMINA AQUÍ → GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN**)

Sí - Completa la siguiente sección

C. EVALUACIÓN DE CUIDADO DE DIABETES		
1. ¿Ha tenido diabetes por mas de 1 año? SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿Por cuantos años? __ __	SÍ	NO
2. Durante el año pasado, ¿Cuántas veces fue usted visto por un proveedor de cuidado de salud para su diabetes?	__ DURANTE EL AÑO PASADO	
3. Durante el año pasado, ¿Cuántas veces recibió educación sobre diabetes? (No. de clases)	__ # CLASES	
4. Durante el año pasado, ¿Cuántas veces recibió educación sobre nutrición o planificación de alimentos de un dietista?	__ DURANTE EL AÑO PASADO	
5. ¿Cuántas veces al día revisa usted su nivel de glucosa en la sangre?	__ POR DÍA	
6. ¿Ha escuchado usted acerca de Hemoglobina Glucosilada o Hemoglobina A1C?	SÍ	NO
7. Durante el año pasado, ¿Cuántas veces ha revisado su Hemoglobina Glucosilada?	0 1 2 3 4	
8. ¿Tiene usted alta presión arterial?	SÍ	NO
9. Si usted tiene alta presión arterial, ¿Esta recibiendo tratamiento?	SÍ	NO
10. Durante el año pasado, ¿Ha tenido un examen de colesterol en la sangre?		
11. ¿Ha sido diagnosticado/a con alto colesterol?		
12. Si usted tiene alto colesterol, ¿Esta recibiendo tratamiento?		
13. Durante el año pasado, ¿Ha tenido algún examen de dilatación del ojo?	SÍ	NO
14. Durante el año pasado, ¿Cuántas veces le ha examinado sus pies algún proveedor de cuidado de salud?	__ DURANTE EL AÑO PASADO	
15. Durante el año pasado, ¿Ha recibido la vacuna de la influenza?	SÍ	NO

PLAN: Do IEP(Individual Education Plan) Diabetes Education Dietitian Eye Care Foot Care Dental Care Heart Care Other