



*“Providing Tools and Enhancing Skills
To Improve Your Nutritional Health”*

Autoevaluación del programa DSMES de AM Nutrition Services (para llenar antes de la fecha de inicio del programa)

Nuestros dietistas agradecen que complete esta información; planee aproximadamente 5-10 minutos para responder estas preguntas. ¡Agradecemos su tiempo!

SOBRE USTED:

Nombre: _____ Fecha de Hoy: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____

Raza/Etnicidad:

Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático o Asiático Americano Negro o Afroamericano

Nativo de Hawaii o de Otras Islas del Pacífico Blanco o Caucásico

Hispano o Latino Del Medio Oriente o del Norte de África Otro: _____

¿Tiene alguna práctica o creencia cultural o religiosa que influya en cómo cuida su diabetes?

SÍ NO

Si su respuesta es SÍ, por favor describa:

¿Cuál es su idioma principal? Inglés Español Otro: _____

¿Con quién vive usted? _____

¿Qué tan confiado está en llenar formularios médicos por su cuenta?

Extremadamente Mas o Menos Nada en Absoluto

Nombre de la otra persona que está completando esta evaluación: _____

Relación: _____

REDUCIR EL RIESGO:

¿Qué tipo de diabetes padece? Tipo 1 Tipo 2 Gestacional Otro: _____

¿Cuándo le diagnosticaron diabetes? _____

¿Ha recibido educación sobre el autocontrol de la diabetes (DSMES) anteriormente?

SÍ NO No estoy seguro/a

¿Con qué frecuencia tiene niveles altos de azúcar en la sangre?

Todos los días Unas pocas veces por semana Unas pocas veces al mes Nunca

¿Con qué frecuencia tiene niveles bajos de azúcar en la sangre?

Todos los días Unas pocas veces por semana Unas pocas veces al mes Nunca

¿Fuma? SÍ NO

¿Bebe alcohol? SÍ NO

En los últimos 12 meses, ¿ha ido a la sala de emergencias debido a la diabetes?

SÍ NO

En los últimos 12 meses, ¿ha sido ingresado al hospital debido a la diabetes?

SÍ NO



Historial de Salud:

Otras condiciones de salud: _____

¿Las limitaciones físicas interfieren con su capacidad para manejar su diabetes, hacer actividad física o disfrutar de las cosas que le gusta hacer? SÍ NO

Si es SÍ Audición Visión Destreza o uso de las manos Pies Dolor

Otro: _____

¿Cuál de los siguientes ha tenido o realizado en el último año?

Examen de ojos dilatados Examen dental Chequeo de los pies A1C

Colesterol Chequeo de presión arterial Dejar de fumar

AFRONTAMIENTO SALUDABLE:

¿Quién lo apoya para afrontar las demandas diarias del manejo de la diabetes?

Familia Amigos/Compañeros de Trabajo Grupo de Apoyo Especialista en Educación y Cuidado Sobre la Diabetes Profesional de la Salud

Otro: _____

Responda lo siguiente eligiendo entre "a menudo es cierto", "a veces es cierto" o "nunca es cierto":

La diabetes afecta el resto de mi vida.

A menudo es Cierto A Veces es Cierto Nunca es Cierto

Me siento abrumado/a por cuidar de mi diabetes.

A menudo es Cierto A Veces es Cierto Nunca es Cierto

Siento que a menudo estoy fallando en el cuidado de mi diabetes.

A menudo es Cierto A Veces es Cierto Nunca es Cierto

ESTAR ACTIVO:

¿De los últimos SIETE DÍAS, cuántos ha participado en al menos 30 minutos de actividad física? (Minutos totales de actividad continua, incluyendo caminar).

¿Con qué frecuencia participa en una sesión de ejercicio específica (como nadar, caminar, andar en bicicleta) aparte de lo que hace en casa o como parte de su trabajo?

Todos los días Unas pocas veces por semana Unas pocas veces al mes

Nunca

ALIMENTACIÓN SALUDABLE:

¿Sigue un plan de alimentación específico? SÍ NO

Si la respuesta es sí, ¿De los últimos SIETE DÍAS, cuántos siguió su plan de alimentación? _____

¿De los últimos SIETE DÍAS, cuántos comió cinco o más porciones de frutas y verduras? _____

¿En los últimos SIETE DÍAS, comió carne roja o productos lácteos enteros? _____

Por favor, describa un día típico de alimentación para usted (incluyendo comidas, refrigerio o snack, bebidas y la cantidad):



Mencione algunas costumbres especiales en su alimentación relacionadas con prácticas culturales/religiosas, o necesidades (incluyendo ayuno de alimentos):

TOMANDO MEDICAMENTOS:

¿Toma medicamentos para la diabetes? SÍ NO

Si la respuesta es sí, marque todas las opciones que correspondan:

pastillas inyecciones insulina suplementos

¿ De los últimos SIETE DÍAS, cuántos días tomó su medicamento y/o inyecciones? _____

¿ De los últimos SIETE DÍAS, cuántos días se le olvidó tomar uno o más de sus medicamentos o inyecciones? _____

MONITOREANDO:

¿Se mide el azúcar en la sangre con un medidor de glucosa o un monitor continuo de glucosa (CGM)? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, ¿con qué frecuencia mide su azúcar en la sangre?

¿Ha utilizado anteriormente un registro de alimentos o actividades ? SÍ NO

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS:

Por favor, califique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

Sé qué hacer cuando mi nivel de azúcar en la sangre sube o baja más de lo que debería.

SÍ NO NO ESTOY SEGURO/A

Sé cuándo los cambios en mi diabetes significan que debo visitar al médico.

SÍ NO NO ESTOY SEGURO/A

Sé que puedo controlar mi diabetes de manera que no interfiera con las cosas que quiero hacer.

SÍ NO NO ESTOY SEGURO/A

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD:

Responda lo siguiente eligiendo entre "siempre cierto", "a veces cierto" o "nunca cierto".

En los últimos 12 meses, me preocupé que no me quedaría comida antes de tener dinero para comprar más. Siempre Cierto A Veces Cierto Nunca Cierto

En los últimos 12 meses, la comida que compramos simplemente no alcanzó y no teníamos dinero para comprar más. Siempre es Cierto A Veces es Cierto

Nunca es Cierto

¿ Qué tan seguido lo describe esto?

No tengo suficiente dinero para pagar mis cuentas.

- Siempre es Cierto A Veces es Cierto Nunca es Cierto

Postpongo o descuido ir al médico debido a la distancia o la falta de transporte.

- Siempre es Cierto A Veces es Cierto Nunca es Cierto

Estoy preocupado/a o inquieto/a de que pronto podría perder una vivienda estable.

- Siempre es Cierto A Veces es Cierto Nunca es Cierto

Tengo un trabajo.

- Sí NO

PLAN DE DSMES Y NECESIDADES EDUCATIVAS:

Quiero aprender sobre estos temas de autocuidado de la diabetes:

- Alimentación saludable
- Estar activo
- Afrontar bien el tener diabetes (Afrontamiento saludable)
- Reducir mi riesgo de complicaciones de la diabetes en los ojos, piel, pies, riñones, nervios, corazón y otras áreas del cuerpo, y reducir mi riesgo de azúcar en sangre muy alta o baja
- Monitorear mi azúcar y otros indicadores de salud, como la presión arterial
- Resolver problemas relacionados con la diabetes que pueden ocurrir (Resolución de problemas)
- Tomar mis medicamentos
- ¿Qué es la diabetes, qué hace que mi azúcar en sangre suba y baje? y mis opciones de tratamiento
- Otro: _____

Escriba los objetivos, preguntas o dudas para su equipo DSMES: _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL A PARTIR DE ESTE PUNTO.

Educator's Signature = Review of Assessment and Individualization of Patient's Education Plan	Initial Date	F/Up Date	F/Up Date
Please use RED INK for follow-up info.			

Test	Standardized Targets	Individual Targets	Date:	Date:	Date:	Date:	Date:	Date:
FPG-pre-prandial (en ayunas)	80 – 130 mg**							
2 hr PP (2 horas después de comer)	≤ 180 mg**							
A1C	≤ 7%**							
Total Chol (colesterol total)	< 200 mg**							
LDL-C (cholesterol LDL)	< 100 mg**							
HDL-C (cholesterol HDL)	> 35 mg**							
Triglycerides (triglicéridos)	< 150 mg**							
BP (presión arterial)	< 130/80**							
U. Ketones (cetones)	Negative**							
BMI (índice de masa corporal)	< 25***							
BMI Asian	< 23***							
Weight (peso)			<input type="checkbox"/> shoes (con zapatos)	<input type="checkbox"/> shoes	<input type="checkbox"/> shoes	<input type="checkbox"/> shoes	<input type="checkbox"/> shoes	<input type="checkbox"/> shoes
Waist circum (circunferencia de la cintura)	< 35" F *** < 40" M ***							
Waist-hip ratio relación entre cintura y cadera)	< 0.80 F < 0.95 M ***							

Notas:

* Stage of Readiness to Change: PC = Pre-Contemplation; C = Contemplation; P = Preparation; A = Action; M = Maintenance; R = Relapse
 ** American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes, 2023
 *** Online Nutrition Care Manual of Academy of Nutrition and Dietetics; accessed 4-2-23

Instructor signature validating review of initial assessment:
Instructor signature validating review of follow-up assessment: