



Project Dulce®

Patient Name: _____

ID: Pre: Post: DOB: / / Date: / /

Clinic Name: _____

ID:

MRN # _____

RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES PARA EL AUTO-CUIDADO DE LA DIABETES

Instrucciones: Gracias por tomarse el tiempo de contestar este cuestionario. Las siguientes serán preguntas acerca de sus actividades para el auto-cuidado de su diabetes en los últimos 7 días. Si usted estuvo enfermo(a) durante los últimos 7 días, por favor piense en 7 días consecutivos y anteriores en que estuvo bien de salud. Por favor conteste las preguntas honestamente y lo más preciso posible.

NUTRICION

1. ¿Qué tan constante fué en seguir su plan de alimentación recomendado durante los últimos 7 días? <input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Rara vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> No tengo un plan de alimentación
2. ¿Qué tan seguido logró limitar sus calorías, según las recomendaciones? <input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Rara vez <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> No estoy segura cual es la recomendación para comer saludablemente en el control de la diabetes
3. La semana pasada, ¿qué tan seguido incluyó alimentos altos en fibra, como frutas y verduras frescas, panes de grano entero (pan integral) y cereales de trigo, frijoles, y chícharos? <input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Rara vez <input type="radio"/> Nunca
4. La semana pasada, ¿qué tan seguido incluyeron alimentos altos en grasas como mantequilla, helado, aceite, nueces y semillas, mayonesa, aguacate, alimentos fritos, aderezo, tocino, otro tipo de carne con grasa o pellejo en sus comidas? <input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Rara vez <input type="radio"/> Nunca
5. La semana pasada, ¿qué tan seguido incluyo dulces, postres como pastel, cake, gelatina, refrescos, (refrescos normales, no dietéticos) y galletas en sus comidas? <input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Rara vez <input type="radio"/> Nunca

EJERCICIO

6. En los últimos 7 días, ¿que tan seguido hizo usted ejercicio físico por lo menos 20 minutos? <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7
7. En los últimos 7 días, ¿qué tan seguido se dedicó a un tipo de ejercicio sugerido por su Doctor? (Por ejemplo, si su Doctor le recomendó 30 minutos de ejercicio) <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> Conteste aqui solo si su doctor nunca le recomendo hacer ejercicio
8. En los últimos 7 días ¿qué tan seguido hizo usted ejercicio distinto al que hace en casa o como parte del trabajo? <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7

ANALISIS DE GLUCOSA

9. ¿Cuántos de los últimos 7 días (que usted no estuvo enfermo) se analizó su nivel de glucosa (azúcar en la sangre) por lo menos una vez? <input type="radio"/> Todos los días <input type="radio"/> Casi todos los días <input type="radio"/> Algunos días <input type="radio"/> Ningún día
10. Durante los últimos 7 días (que usted no estuvo enfermo), ¿qué tan seguido se hizo los análisis de glucosa (azúcar en la sangre) recomendados por su doctor? <input type="radio"/> Todos los días <input type="radio"/> Casi todos los días <input type="radio"/> Algunos días <input type="radio"/> Ningún día <input type="radio"/> Conteste aqui solo si su doctor nunca le recomendo hacer análisis de glucosa

MEDICAMENTO PARA LA DIABETES

11. ¿Cuántas inyecciones que le han sido recomendadas de insulina se puso en los últimos 7 días? <input type="radio"/> Todas <input type="radio"/> La mayoría <input type="radio"/> Algunas <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> No me inyecto insulina
12. ¿Cuántas pastillas que le han sido recomendadas para el control de su diabetes tomó usted de las que se supone debería de tomar? <input type="radio"/> Todas <input type="radio"/> La mayoría <input type="radio"/> Algunas <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> No tomo pastillas para controlar mi diabetes