



Diabetes Forms

### Saint Luke's Health System Diabetes Center

### Evaluación de Diabetes Gestacional

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Médico Obstetra: \_\_\_\_\_ Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Horas de trabajo: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Las INSTRUCCIONES ANTICIPADAS es un documento que declara sus deseos relacionados con su cuidado médico o puede ser usado para nombrar a una persona que tome estas decisiones si usted no pudiera hacerlo.**

¿Desearía información acerca de las Instrucciones Anticipadas?  Sí  No  Se le dio la información al paciente/la familia.

#### Estado de Salud

¿Cuándo se supone que nazca su bebé? \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido diabetes gestacional anteriormente?  Sí  No

¿Tiene algún miembro de su familia diabetes?  Sí  No

¿Alguno de sus bebés pesó 9 libras o más al nacer?  Sí  No

Enumere todos los medicamentos que está tomando incluyendo suplementos vitamínicos/minerales, herbales y productos de venta sin receta: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema médico? Si contestó que sí, por favor enumere: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún requerimiento especial educativo?  Problemas con la vista  Pérdida de audición  Otro: \_\_\_\_\_  Ninguno

¿Tiene preferencias en su modo de aprendizaje?  Demonstración  Visual  Modo práctico

¿Padece de alguna alergia?: (por favor enumere): \_\_\_\_\_

#### Nutrición – Ejercicio – Estilo de Vida

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso actual: \_\_\_\_\_ lbs. Peso previo al embarazo: \_\_\_\_\_ lbs.

¿Está tomando vitaminas prenatales?  Sí  No ¿Tuvo algún problema con la vitamina?  Sí  No

¿Ha decidido cómo va a alimentar a su bebé?  pecho  botella  indecisa

¿Cómo tiene el apetito?  hambrienta  más o menos  poco

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?  náusea  vómito  diarrea  estreñimiento  agruras

¿Tiene usted alguna restricción alimenticia cultural o religiosa?  Sí  No ¿Si es así, cuáles son? \_\_\_\_\_

¿Cuáles de los siguientes describe su alimentación? (marque todas los que apliquen):

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Se salta comidas              | <input type="checkbox"/> Comida rápida            | <input type="checkbox"/> Le gustan las frutas y verduras |
| <input type="checkbox"/> Come demasiado en las comidas | <input type="checkbox"/> Selectiva para la comida | <input type="checkbox"/> Toma refrescos con azúcar       |
| <input type="checkbox"/> Come demasiados dulces        | <input type="checkbox"/> Poco apetito             | <input type="checkbox"/> Toma leche diariamente          |

¿Toma bebidas alcohólicas?  Sí  No Si la respuesta es que sí, número de bebidas por semana: \_\_\_\_\_

¿Fuma?  Sí  No Si la respuesta es que sí, número de cigarrillos por semana: \_\_\_\_\_

¿Hace ejercicio?  Sí  No Si la respuesta es que sí, ¿qué tipo hace? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces a la semana hace ejercicio? \_\_\_\_\_

¿Cuántos minutos de ejercicio hace en cada sesión? \_\_\_\_\_

**Patient Label:**

**Saint Luke's Health System  
Diabetes Center**

**Evaluación de Diabetes Gestacional**

¿Quién es el responsable de ir al mercado/supermercado en su casa? \_\_\_\_\_ ¿De preparar las comidas? \_\_\_\_\_  
 ¿Cada cuánto tiempo come fuera de casa? \_\_\_\_\_ ¿Dónde come? \_\_\_\_\_  
 Meriendas: \_\_\_\_\_

**¿Cuántas veces por semana come los siguientes alimentos? (Haga un círculo alrededor de los correspondientes)**

	Carne de res (hamburguesa, filete)		Yogur		Vegetales
	Cerdo		Aceite (¿qué tipo?)		Fruta
	Pollo/Pavo		Aderezo para la ensalada (¿qué tipo?)		Jugo de fruta
	Pescado/Atún/Salmón		Crema Agria/Queso Crema		Pastel/Torta/Bombones/Galletas
	Tocino/Salchicha		Mantequilla/Margarina		Helado/Yogur Congelado/Sorbet
	Carnes Frías (embutidos)/Hotdogs		Frijoles/Lentejas		Papitas Crujientes/Pretzels/Galletas para Picar
	Mantequilla de Maní		Pan (¿qué tipo?)		Alcohol (¿qué tipo?)
	Huevos		Cereal (¿qué tipo?)		Soda/Kool-Aid (regular o dietético)
	Leche (¿qué tipo?)		Pasta/Arroz		Café/Té (con/sin azúcar)
	Queso (¿qué tipo?)		Papas/Papas Fritas		Agua (¿Cuánta?)

**Por favor enumere lo que comió en las últimas 24 horas(incluya la hora cuando comió):**

<p><b>Desayuno:</b></p>   <p><b>Almuerzo:</b></p>   <p><b>Cena:</b></p>   <p><b>Meriendas:</b></p>
---

**Información Adicional:**

¿Alguna persona en su hogar le ha dado patadas, puñetazos, estrangulado o le ha lastimado de alguna manera?  Sí  No  
 ¿Su pareja, cónyuge, o alguna otra persona en su hogar está amenazándole o haciendo que sienta temor?  Sí  No

**LA LÍNEA DIRECTA DE VIOLENCIA EN EL AREA METROPOLITANA es 816-HOTLINE (816.468.5463)**

**Albergue Seguro 913.262.2868 [www.safehome-ks.org](http://www.safehome-ks.org)**

En los últimos dos meses, ¿diría usted que se ha sentido melancólico, deprimido o desesperado?

Nunca  Raramente  Algunas veces  Generalmente  Siempre

En los últimos dos meses, ¿cada cuánto tiempo diría usted que tiene dolor crónico?

Nunca  Raramente  Algunas veces  Generalmente  Siempre ¿Dónde? \_\_\_\_\_

En las últimas dos semanas, ¿ha pensado que sería mejor estar muerto o ha pensado en lastimarse de alguna manera?

Sí  No

Si respondió que sí, ¿está pensando en llevar a cabo alguno de estos pensamientos en este momento?  Sí  No

Diabetes Educator Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Patient Label:**