

# Questionario de seguimiento sobre Diabetes

(Diabetes follow up form)

<b>¿Qué tratamiento usted utiliza para controlar su diabetes? (Circule los que apliquen)</b> What treatment modality do you use for your diabetes? (Please circle all that apply)			
<b><u>Agentes orales</u></b>			
Acarbose (Precose)	Ertugliflozin (Steglatro)	Linagliptin (Tradjenta)	Repaglinide (Prandin)
Canagliflozin (Invokana)	Exenatide (Byetta or Bydureon)	Liraglutide (Victoza)	Saxagliptin (Onglyza)
Dapagliflozin (Farxiga)	Glyburide (DiaBeta, Glynase, Micronase)	Metformin (Glucophage)	Semaglutide (Ozempic)
Dulaglutide (Trulicity)	Glimepiride (Amaryl)	Nateglinide (Starlix)	Sitagliptin (Januvia)
Empagliflozin (Jardiance)	Glipizide (Glucotrol)	Pioglitazone (Actos)	
<b><u>Insulina</u></b>			
Humulin or Novolin R (regular insulin)	Humulin or Novolin N (NPH)	Levemir	Toujeo
Novolog or Humalog 70/30	Glulisine (Apidra)	Lantus	Tresiba
Novolog, Fiasp (Aspart)	Humalog, Admelog (Lispro)	Basaglar	Humulin or Novolin R U-500
<b>Donde se inyecta la insulina? Where do you inject your insulin?</b>	Abdomen	Piernas (Legs)	Brazos (Arms)
<b>Admisiones al hospital (Hospital admissions)</b>			
	Si (Yes)	No	
¿Ha estado usted admitido en el hospital por su diabetes? (Have you been admitted in the hospital for your diabetes?)			
¿Ha tenido alguna admisión reciente relacionada a diabetes ketoacidosis? (Any recent admissions related to Diabetic Ketoacidosis?)			

Ejercicios o Actividad Física (Exercise)		
	Si (Yes)	No
¿Sé ejercita usted regularmente? Si contesta sí, por favor seleccione que tipo de ejercicios hace? Do you exercise regularly? How many times per week? If yes, please select what it is you do.	<input type="checkbox"/> Caminar (Walking) ___ minutos (min.)/ semana (week) <input type="checkbox"/> Correr (Running) ___ minutos (minutes)/ semana (week) <input type="checkbox"/> Gimnasio (Gym) ___ minutos (minutes)/ semana (week) <input type="checkbox"/> Alzar pesas (Weight lifting) ___ minutos (minutes)	

¿Que tipo de dieta usted sigue? – Circule la que aplique (Which Meal plan do you follow?– Please circle one)		
Dieta consistente en carbohidratos (Carb consistent diet)	Dieta con fracción de insulina por cada carbohidrato (Insulin to carb diet)	Ninguna
¿Ha sido evaluado(a) por una Nutritionista? Si su respuesta es si, especifique la fecha. Have you seen a Nutritionist in the past? If so, when?	<input type="checkbox"/> Si (Yes) <input type="checkbox"/> No	Fecha (Date) :      /      /

Pruebas de Cernimiento (Screening)		
¿Cuándo fue sue última evaluación de los ojos, dilatación de pupilas? When was your last dilated eye exam?	Fecha (Date) : _____	Dr. _____ o Localización _____
¿Cuándo fue su última visita al dentista? When was your last dental visit?	Fecha (Date): _____	Dr. _____ o Localización _____
¿Cuándo fue la última visita a su podiatra? When was your last foot exam or Podiatry visit?	Fecha (Date): _____	Dr. _____ o Localización _____
¿Cuándo fue su última vacuna contra la gripe o la influenza? When was your last flu vaccine?	Fecha (Date) :	
Repaso de sistemas (Circule los que apliquen) Review of Systems (Circle all that apply)		

<b>Corazón</b> (Heart)	<b>Gastrointestinal</b> (GI)	<b>Extremidades</b> (Extremities)	<b>Hyperglucemia o Azúcar alta</b> (Hyperglycemia)
Dolor de pecho (Chest pain or discomfort)	Sentido de inflación de su estómago (Bloating)	Cosquilleo (Tingling)	Mucha sed (Increased thirst)
Palpitaciones (Palpitations)	Dolor de barriga después de comer (Abdominal pain after eating)	Adormecimiento (Numbness)	Orinar frecuentemente (Increased urination)
Falta de aire al ejercitarse (Shortness of breath upon walking)	Nausea o vomitos (Nausea or vomiting)	Dolor (Pain)	Visión borrosa (Blurry vision)

**SI USTED UTILIZA INSULINA, LLENE LA PARTE INFERIOR**

IF YOU ARE ON INSULIN PLEASE FILL OUT THE TABLE BELOW.

**Hypoglucemia o Azúcar Baja (Hypoglycemia)**

¿Cuántos episodios de hipoglucemia tiene en una semana? How many episodes of hypoglycemia do you have per week?

1-2     3-4     5-6     >7

¿Cuántos episodios son relacionados a una comida? (How many episodes are related to a meal?)

Todos (All)    Algunos (Some)    Ninguno (None)

¿Cuántos episodios son relacionados a estar en ayuna? (How many episodes are related to fasting?)

Todos (All)    Algunos (Some)    Ninguno (None)

	Si (Yes)	No
¿Ha requerido asistencia de otra persona para tratar un episodio de hipoglucemia o el uso de glucagon desde su última visita? (Have you required assistance of others with an episode of hypoglycemia or of glucagon since your last visit?)		
¿Tiene usted glucagon en su casa? (Do you own glucagon at home?)		
¿Carga usted con algún alimento para tratar su hipoglucemia? (Do you carry anything with you to treat a low blood sugar?)		
¿Tiene usted keto stix (medidor de ketonas en la orina) en su hogar? Do you have keto stix at home?		
¿Siente usted sus bajones de azúcar siempre? (Do you always feel your low blood sugars?)		

