

Sus socios en el cuidado de su salud

| Su responsabilidad | La responsabilidad de su grupo del cuidado de su salud |
|---|---|
| <p>Traer todas sus medicinas a sus citas médicas. Manténgalas en su propio envase. Incluya todas las medicinas que ha comprado sin receta médica.</p> <p>Llene regularmente y traiga a cada visita que haga al médico, su libro donde anota su información de la glucosa en la sangre. Escriba toda la información sobre la hora y fecha que se hicieron las pruebas de la glucosa en la sangre (antes y después de cada comida.)</p> <p>Traiga su monitor de la glucosa en la sangre a cada visita médica para demostrar su técnica de medirse la glucosa.</p> <p>Por si le pregunta su grupo médico, mantenga un registro de la comida que consume, el peso y/o su presión de la sangre.</p> <p>Para cada visita, haga una lista de preguntas que quiera hacerle al médico.</p> <p>Visite a su médico cada 3 a 6 meses.</p> | <p>Revisar el registro de lecturas de la glucosa del paciente y hacer recomendaciones acerca del control de su diabetes.</p> <p>Comparar el control actual de la diabetes con el control pasado o previo.</p> <p>Hacer regularmente exámenes físicos y pruebas. Hacer pruebas de la sangre y de orina. Prueba de hemoglobina-A1C y la grasa en la sangre (colesterol y triglicéridos), examinar los ojos, los pies, el peso, la presión de la sangre, el corazón, el pulso, los órganos internos, la piel y los lugares donde se ha inyectado.</p> <p>Poner al día el conocimiento y el tratamiento del paciente si es necesario.</p> |

En cada visita

Discuta estos puntos importantes con su proveedor de salud
(Escriba las fechas en las casillas de abajo)

| Puntos importantes | Fechas | | | | | | | |
|---|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| Plan alimentario | | | | | | | | |
| Actividades | | | | | | | | |
| Hacerse la prueba de la glucosa en la sangre | | | | | | | | |
| Problemas de los niveles altos y bajos de la glucosa en la sangre | | | | | | | | |
| Medicamentos | | | | | | | | |
| Control de la natalidad y planificación familiar | | | | | | | | |



Pruebas que debe esperar se le hagan en cada visita

Deje que su proveedor de salud le haga estas pruebas
(Escriba las fechas y los resultados en las casillas de abajo)

| Pruebas | Fechas y resultados | | | | | | | |
|-------------------------------|---------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Prueba de azúcar en la sangre | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL |
| A1C | ___% | ___% | ___% | ___% | ___% | ___% | ___% | ___% |
| Peso | ___lb | ___lb | ___lb | ___lb | ___lb | ___lb | ___lb | ___lb |
| Presión Arterial | ___/___ mm/Hg | ___/___ mm/Hg | ___/___ mm/Hg | ___/___ mm/Hg | ___/___ mm/Hg | ___/___ mm/Hg | ___/___ mm/Hg | ___/___ mm/Hg |
| Examinarse los pies | | | | | | | | |



Discuta al menos una vez al año

Discuta estos puntos importantes con su proveedor de salud
(Escriba las fechas en las casillas de abajo)

| Puntos importantes | Fechas | | | | | | | |
|---|---------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Como se siente acerca de la diabetes | | | | | | | | |
| Glucosa alta en la sangre (conocimientos y tratamiento) | | | | | | | | |
| Glucosa baja en la sangre (conocimientos y tratamiento) | | | | | | | | |
| Diabetes y embarazo | | | | | | | | |
| Cuidado dental | | | | | | | | |
| Cuidado de los pies | | | | | | | | |



Al menos una vez al año

Deje que su proveedor de salud le haga estas pruebas
(Escriba las fechas y los resultados en las casillas de abajo)

| Pruebas | Fechas y resultados | | | | | | | |
|---|---------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Examen de los riñones | | | | | | | | |
| Creatinina | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL |
| Proteína o Albúmina | ___mg | ___mg | ___mg | ___mg | ___mg | ___mg | ___mg | ___mg |
| Circulación de la sangre | | | | | | | | |
| Colesterol | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL |
| Triglicéridos | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL | ___mg/dL |
| EKG (electrocardiograma) | | | | | | | | |
| Uso del tabaco | | | | | | | | |
| Examen de los ojos | | | | | | | | |
| Examen de los pies (circulación de la sangre y los nervios) | | | | | | | | |