

Plan Para el Manejo de la Diabetes

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Registro Médico: _____

Fecha: ____/____/____		No Hecho	SU META
Su peso es:	_____ libras	<input type="checkbox"/>	
Su nivel de azúcar en la sangre es:	_____ mg/dl	<input type="checkbox"/>	Antes de comer _____ ; 2 horas después de comer < _____
Su A1C es:	_____ %	<input type="checkbox"/>	Menos de _____
Su presión arterial es:	____/____ mmHg	<input type="checkbox"/>	Menos de _____
Su colesterol total es:	_____ mg/dl	<input type="checkbox"/>	Menos de _____
Su LDL-C es:	_____ mg/dl	<input type="checkbox"/>	Menos de _____
Su HDL-C es:	_____ mg/dl	<input type="checkbox"/>	Más de _____
Sus triglicéridos son:	_____ mg/dl	<input type="checkbox"/>	Menos de _____

► **Cosas que puede hacer:**

Usted necesita exámenes de sangre u orina para:	<input type="checkbox"/> A1C (cada 3 a 6 meses)	<input type="checkbox"/> Microalbumina de orina (anual)
	<input type="checkbox"/> Lípidos en ayunas, "colesterol" (anual)	<input type="checkbox"/> Otro _____
Usted debe hacer una cita para:	<input type="checkbox"/> Examen de ojo dilatado para la diabetes (anual)	<input type="checkbox"/> Podiatría para examen o cuidado de los pies
Usted necesita educación de la diabetes para:	<input type="checkbox"/> Plan alimenticio	<input type="checkbox"/> Comienzo de insulina
	<input type="checkbox"/> Según la evaluación del educador de diabetes	<input type="checkbox"/> Vigilar el nivel de azúcar en la sangre
	<input type="checkbox"/> Según las necesidades evaluadas _____	

► **Por favor haga su próxima cita en** _____

He leído, entendido, y recibido una copia de estas instrucciones:

Firma del Paciente o su Guardián

Firma del Proveedor/Educador de Diabetes

PLAN PARA EL MANEJO DE LA DIABETES