

# CUESTIONARIO DE SALUD SOBRE LA DIABETES

Para ayudarnos a prestarle un mejor servicio, llene todas las secciones a continuación

Fecha de hoy:										
Nombre: (apellido)			(nombre)			Fecha de nacimiento:				
¿Cuántos años hace que tiene diabetes?										
Ocupación:		Cant. de horas que trabaja por semana:			Altura:		pies	pulg.	Peso:	libras
jubilado/desempleado		turno de tarde o de noche							Peso deseado:	libras
Cant. de personas que viven con usted:		¿Quién le ayuda en situaciones de emergencia?			cónyuge/pareja		otro miembro de la familia			
amigo/vecino		nadie								
Cant. de veces que fue a la sala de emergencias o al hospital por la diabetes en los últimos 5 años:						Razón:				
<b>Bienestar Físico y Psicológico</b>										
En las últimas dos semanas, ¿se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado?										
(0) Para nada		(1) varios días		(2) más de la mitad de los días		(3) casi todos los días				
En las últimas dos semanas, ¿sintió poco interés o placer por hacer cosas?										
(0) Para nada		(1) varios días		(2) más de la mitad de los días		(3) casi todos los días				
En general, indique cómo diría que es su salud:										
Excelente		Muy Buena		Buena		Regular		Mala		
En comparación con hace un año, ¿cómo calificaría su salud en general ahora?										
Algo mejor ahora que hace un año			Casi igual		Algo peor ahora que hace un año		Mucho peor que hace un año			
¿Qué es lo que más le preocupa sobre la diabetes?										
¿Qué es lo más difícil al cuidarse por la diabetes?										
Otras condiciones médicas								Ninguna		
<b>Estilo de vida</b>										
Frecuencia con la que hace ejercicio:		Nunca/casi nunca		minutos		veces por semana.		Tipo de ejercicio:		
Sueño habitual:		interrumpido		veces por noche; horas reales de sueño:		Siestas:		ninguna	aproximadamente	minutos al día
Uso de tabaco/nicotina por día:		Ninguno		cigarrillos electrónicos:		cigarrillos:		tabaco para masticar/rapé:		
En una escala del 1 al 10, ¿qué tan listo está para dejar de fumar? (para nada listo) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (muy listo)										
Uso de marihuana: Ninguno Médico Recreativo; ¿qué cantidad por día/semana?										
Cant. de bebidas alcohólicas que toma por		día	semana	mes, o	año:	Ingesta de agua:		vasos o	onzas por día	
Cant. de comidas por día:		Indique cuáles:	desayuno	almuerzo	cena/cena	Bocadillos:	Mañana	Tarde	Noche	Ninguno
Dieta especial, si la tiene:		Ninguna	Libre de gluten	Paleo	Cetogénica	Vegetariana/vegana	otra:			
Indique los obstáculos que le impiden comprar alimentos saludables:								Ninguno		

Continúa en el reverso

## Medicamentos/Insulina/Suplementos y Control

¿Toma medicamentos para la diabetes o usa insulina?    Sí    No    Si respondió Sí, ¿cuáles/de qué tipos?

¿Se saltea alguna vez la insulina/los medicamentos para la diabetes?    Sí    No    Si respondió Sí, ¿por qué?    costo    me olvido  
efectos secundarios    me siento bien sin usarlos    otro:

Suplementos a base de hierbas o de otro tipo:    Ninguno

¿Cuál fue su último valor de A1C?

¿Cuál es su rango de glucemia?    ¿Cuándo se controla la glucemia?    Nunca

¿Con qué frecuencia tiene los resultados de glucemia por debajo de 70?  
¿Qué síntomas tiene?  
¿Qué hace para tratar los niveles bajos de azúcar en la sangre (hipoglucemia)?

¿Con qué frecuencia tiene los resultados de glucemia por encima de 200?    Nunca  
¿Qué síntomas tiene, si es que tiene alguno?  
¿Qué hace para tratar los niveles altos de azúcar en la sangre (hiperglucemia)?

## Complicaciones de la Diabetes

Complicaciones de la diabetes que haya tenido:    problemas oculares    proteínas en la orina/daño renal  
infecciones urinarias o por hongos (cándida) frecuentes    digestión lenta, diarrea    adormecimiento, dolor, hormigueo en las manos o los  
pies/daño en los nervios    disfunción sexual    cicatrización lenta de las llagas    ataque cardíaco/derrame cerebral    ninguno/no lo sé

## Metas y Preferencias de Aprendizaje

Una o dos de sus metas de salud:

Medidas que está tomando para alcanzar sus metas:

¿Sobre qué le gustaría hablar más durante esta visita/clase?

¿Cuál es su nivel más alto de educación?

Indique cómo aprende mejor:    leyendo    mirando    haciendo    escuchando

¿Hay alguna otra cosa que quisiera que sepamos?

En una escala del 1 al 10, ¿qué tan listo está para hacer cambios?    (para nada listo) 1    2    3    4    5    6    7    8    9    10 (muy listo)

## Evaluación del Profesional Clínico

**\*Solo para uso administrativo\***

### Necesidades educativas/Plan de Educación:

Proceso patológico de la diabetes    Control de la nutrición    Actividad física    Cómo Usar los Medicamentos    Control  
Prevención de complicaciones agudas    Prevención de complicaciones crónicas    Estrategias para cambiar conductas  
Estrategias para reducir los riesgos    Adaptación psicológica

El paciente tiene programadas clases grupales en las que se cubrirán todas las áreas de contenido mencionadas anteriormente  
Visita centrada en la terapia de nutrición médica debido a la solicitud del proveedor o del paciente

Comentarios:

Fecha:

Profesional clínico:

# **Política Financiera del Centro de Diabetes y de Nutrición**

## **Aviso de Responsabilidades Financieras**

Facturaremos a su compañía de seguros las citas individuales y las clases de diabetes (también llamadas capacitación/ educación para el autocontrol de la diabetes y terapia de nutrición médica, Autocontrol de la Diabetes o Terapia de Nutrición Médica). Algunos planes de seguro no cubren estos servicios.

Si el Autocontrol de la Diabetes o la Terapia de Nutrición Médica no son beneficios cubiertos, el paciente deberá pagarlos. En ese caso, le ofreceremos un 20% de descuento por los servicios. Si el servicio que desea es un beneficio cubierto aplicado a un deducible, no tendrá ningún otro descuento.

No nos comunicaremos con su compañía de seguros para consultar sobre la cobertura. Si usted necesita información específica para su compañía de seguros, puede comunicarse con nosotros.

Si no tiene seguro, aplicaremos un 20% de descuento cuando pague el total de la factura en el momento del servicio.

## **Servicios de Desembolso Personal**

No facturamos al seguro la clase de prediabetes ni la clase de bienestar y para bajar de peso llamada New You Wellness and Weight Loss. El paciente deberá pagar estos servicios, sin ningún otro descuento.

Clase de prediabetes: \$100.00, una clase de 3 horas

## **Política del Copago**

Su compañía de seguros puede o no requerir un copago por el Autocontrol de la Diabetes y la Terapia de Nutrición Médica. Si se requiere un copago, usted recibirá una factura de New West Physicians.

Las visitas al consultorio requieren el copago usual que aparece en su tarjeta del seguro para la atención primaria.

## **Política de Cancelación Tardía y de Inasistencia**

Debe avisarnos con al menos 24 horas de anticipación para cancelar todas las citas. **Se cobrará una tarifa por cancelación tardía de \$25.00 por las citas que se cancelan con menos de 24 horas antes de la hora programada, con excepción de las emergencias.**

**Se cobrará una tarifa por inasistencia de \$75.00 por no cancelar las citas a las que no se presenta.**

Si un paciente no asiste a varias citas o las cancela tarde, se le puede impedir que reprogramme por un tiempo.

## **Aviso de Prácticas de Privacidad**

El Centro de Diabetes y de Nutrición de New West cumple todas las prácticas de privacidad de New West Physicians y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), en vigencia desde el 14 de abril de 2003. Usted puede solicitarle a nuestra recepcionista una divulgación completa de estas prácticas en cualquier momento. Si tiene alguna inquietud, puede comunicarse con la Funcionaria de Privacidad de New West Physicians encargada de hacer cumplir la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, la enfermera titulada Maura McHugh, al (303)763-5495.

Al firmar este documento, declaro que lo he leído en su totalidad y que entiendo y acepto los términos indicados anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Paciente/Tercero Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

**New West Physicians Diabetes and Nutrition Center** 1697 Cole Blvd Suite 125 Golden, Colorado 80401

Teléfono: (303) 716-8039 • Fax: (303) 202-3895