

Lleve esta tarjeta a todas sus visitas médicas. Hable con su proveedor sobre el cuidado para la diabetes. Use la tabla siguiente para escribir sus resultados.

	Análisis	Mi meta a largo plazo	Mi meta actual	Resultados de su análisis				
				Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	
Cada visita	Análisis de sangre A-1-C (cada 3-6 meses)							
	Presión sanguínea							
	Peso							
	Cequeo visual de los pies							
	Revisión de registros de azúcar en sangre							
Cada 6 meses	Examen dental							
Una vez por año	Examen ocular con pupila dilatada							
	Análisis de orina para función renal							
	Examen completo de pies							
	Colesterol	Total						
		LDL						
		HDL						
	Triglicéridos							
Vacuna contra la influenza								

	Marque (✓) la casilla después de hablar con su proveedor de atención para diabetes.			
	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Dieta saludable				
Ejercicio				
Uso de tabaco/alcohol				
Medicamentos				
Análisis de azúcar en sangre				

Cuidado de la diabetes



Oregon Diabetes Coalition

SOY DIABÉTICO. Si actúo en forma extraña o no me pueden despertar, mi nivel de azúcar puede haber bajado.

- Si no puedo tragar o no me pueden despertar, no traten de darme nada por boca. **Llamen de inmediato a Servicios Médicos de Emergencia al 911.**
- Si puedo tragar, dénme 4 a 6 onzas de jugo de frutas, una soda con azúcar u otra fuente de azúcar. Si no mejoro en 10 a 15 minutos, **llamen de inmediato al 911.**

Medicamentos recetados y de venta libre

Nombre de la farmacia

Alergias

Fecha de la vacuna contra la neumonía

(Se recomienda una dosis de refuerzo 5 años después de la primera dosis para personas mayores de 65 años.)

Fecha en que asistió al programa de educación sobre autocontrol de la diabetes

Hable siempre sobre estos temas con su proveedor de atención para diabetes:

- Complicaciones
- Cuidado de los pies
- Control del estrés
- Control de la presión sanguínea
- Uso diario de la aspirina
- Control del azúcar en sangre (Niveles alto y bajo de azúcar)
- Uso del inhibidor ACE
- Chequeo de seguridad en medidor
- Libro diario de autocontrol
- Consejos previos al embarazo y control del embarazo
- Reglas para días de enfermedad
- Descarte de jeringas

Cuidado de la diabetes

Nombre _____

Proveedor de cuidado _____

Nº de teléfono del proveedor _____

Contacto de emergencia _____
