




# Edward R. Roybal Comprehensive Health Center

## El Cuidado Propio De Su Diabetes

**Nombre:**  
**Fecha de Nacimiento:**  
**Numero de Archivo:**

**Fecha:**  
**Medico/enfermera:**

Contesta las siguientes preguntas. Marca una contestación por cada pregunta. Escoja la meta que piensa que se puede realizar.




	<p><b>DIETA:</b></p> <p>1. ¿En los últimos 7 días, cuantas veces ha seguido la dieta apropiada?          Ninguna 1 2 3 4 5 6 7 o No tengo una dieta</p> <p>2. ¿En el último mes, cuantos días por semana ha seguido una dieta apropiada?          Ninguna 1 2 3 4 5 6 7 o No tengo una dieta</p> <p>3. ¿En los últimos 7 días, cuantas veces ha consumido 5 ó más porciones de frutas y verduras?          Ninguno 1 2 3 4 5 6 7</p> <p>4. ¿En los últimos 7 días, cuantas veces ha consumido comidas altas en grasa como carne roja ó productos de leche entera?          Ninguno 1 2 3 4 5 6 7</p>	<p><b>META:</b>  <b>Comer una dieta apropiada.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mantener su dieta recetada por su médico.</p> <p><input type="checkbox"/> Comer 5 ó más porciones de frutas y verduras.</p>
	<p><b>EJERCICIO:</b></p> <p>5. ¿En los últimos 7 días, cuantas veces ha hecho ejercicios por 30 minutos ó más (Ejercicio total en minutos continuos, incluyendo caminar)?          Ninguno 1 2 3 4 5 6 7</p> <p>6. ¿En los últimos 7 días, cuantas veces ha practicado un ejercicio en ejercicio especifico (como nadar, caminar ó bicicleta) aparte del ejercicio que usted hace en su casa?          Ninguno 1 2 3 4 5 6 7</p>	<p><b>META:</b>  <b>Estar activo físicamente.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hacer ejercicio por lo menos unos 30 minutos.</p>
		

# Edward R. Roybal Comprehensive Health Center

## El Cuidado Propio De Su Diabetes

**Nombre:**  
**Fecha de Nacimiento:**  
**Numero de Archivo:**

**Fecha:**  
**Medico/enfermera:**

	<p><b>MANTINIMIENTO DE SALUD:</b></p> <p>7. ¿En los últimos 7 días, cuantos días ha revisado su azúcar?          Ninguno    1    2    3    4    5    6    7</p> <p>8. ¿En los últimos 7 días, cuantas veces ha revisado su azúcar como le dijo su médico?          Ninguno    1    2    3    4    5    6    7    o          No le dijeron con que frecuencia examinar</p>	<p><b>META:</b>  <b>Mantener su salud.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Revisar mi azúcar diariamente.</p> <p><input type="checkbox"/> Revisar mis pies diariamente.</p> <p><input type="checkbox"/> Revisar adentro de mis zapatos.</p>
	<p>9. ¿En los últimos 7 días, cuantas veces ha revisado sus pies?          Ninguno    1    2    3    4    5    6    7</p> <p>10. ¿En los últimos 7 días, cuantas veces ha revisado sus zapatos?          Ninguno    1    2    3    4    5    6    7</p>	
	<p><b>FUMAR:</b></p> <p>10. ¿En los últimos días, ha fumado cigarros?          Si                      No</p> <p>Si usted fuma, ¿cuantos cigarros fuma en un día?          _____</p>	<p><b>META:</b>  <b>Mantener mi salud.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Parar de fumar.</p>