

# Registro personal de atención de la diabetes

Lleve esta tarjeta a todas sus citas médicas.

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono con código de área:

En caso de emergencia, contacte:

Número de teléfono:

## Tengo diabetes

**Si estoy actuando de manera extraña o no pueden despertarme, es posible que mi glucosa en la sangre (azúcar) esté baja.**

**Si no me pueden despertar o no puedo tragar, no intenten darme nada de comer o beber, LLAMEN AL 911.**

**Si puedo tragar, pueden darme media lata de refresco normal endulzado, una cajita de jugo o una cucharada de azúcar o miel. Si no mejoro después de 15 minutos LLAMEN AL 911.**

## Equipo de atención médica para la diabetes

### NOMBRE

Proveedor de atención primaria:

Endocrinólogo:

Dietista:

Especialista en educación sobre la diabetes:

Oculista:

Podólogo:

Trabajador Social:

Dentista:

Farmacia:

Este registro se basa en las Normas de atención médica en la diabetes de la Asociación Americana de Diabetes de 2020.

F-49357S (10/2020)

# Registro personal de atención de la diabetes

| LAB / OTRAS PRUEBAS<br>A1C (cada tres a seis meses) | Meta  | Fecha | Fecha | Fecha | Fecha |
|---|---|-------|-------|-------|-------|
|   | A1C (cada tres a seis meses)                              |       |       |       |       |
|   | Panel de colesterol (anual)                               |       |       |       |       |
|   | Perfil renal (anual)                                      |       |       |       |       |
|   | Relación albúmina-creatinina de la orina (ACR, anual)     |       |       |       |       |
|   | Relación de filtración glomerular estimada, (eGFR, anual) |       |       |       |       |

| EXÁMENES | Presión arterial y peso (cada visita)             |  |  |  |  |
|----------|---|--|--|--|--|
|          | Examen dental (cada seis meses)                   |  |  |  |  |
|          | Revisión de pies (revisión visual en cada visita) |  |  |  |  |
|          | Examen completo de los pies (anual)               |  |  |  |  |
|          | Visita de la diabetes (cada tres a seis meses)    |  |  |  |  |
|          | Examen físico (anual)                             |  |  |  |  |

| INMUNIZACIONES | Gripe/Influenza (anual)  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|
|                | Serie de Hepatitis B (una vez)   |  |  |  |  |
|                | Neumocócico (una vez)  |  |  |  |  |
|                | Tdap/Td (al menos cada 10 años)  |  |  |  |  |
|                | Serie Zoster / culebrilla (una vez)  |  |  |  |  |
| EDUCACIÓN      | Educación para el manejo personal de la diabetes (cada 6 a 12 meses y según sea necesario) |  |  |  |  |
|                | Nutrición (cada 3 a 6 meses o al menos anualmente)   |  |  |  |  |
|                | Actividad física y ejercicio (cada visita)   |  |  |  |  |
|                | Vigilar la glucosa (azúcar) en casa (cada visita)  |  |  |  |  |
|                | Consumo de tabaco (cada visita)  |  |  |  |  |