



**MD 35 LIONS OF FLORIDA AND THE BAHAMAS
 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
 CONTROL DE AZUCAR EN LA SANGRE**
 Lions Diabetes Awareness Foundation of MD 35



Localidad: _____ Nombre (Impreso): _____

Doy consentimiento al Club de Leones para un control de glucosa

Fecha: _____ (Firma): _____ (Testigo): _____

Evaluación Riesgo Salud

- (1) **Edad** 0-10 11-18 19-40 41-60 60+
- (2) **Raza** Blanco Negro Asiático o Isleño del Pacífico Indio Americano o nativo de Alaska Multirracial Hindú Hispano Caribeño Otra _____
- (3) **ES UD. DIABETICO?** Sí No **Si "no", siga con pregunta (6)**
- Diabetes Mellitus:** Tipo 1 Tipo 2 Gestacional Pre-diabetes
- Duración de la Diabetes** (en años): _____
- Tratamiento actual de la Diabetes:** Insulina Medicina Diabética Oral Control de dieta Ninguno
- (4) **A1C:** _____ % **Ultima prueba fue hace:** <6 meses >6 meses No recuerda
- (5) **El participante informa que la Diabetes está bajo control?** Si No
- (6) **Tiene Ud. Presión alta?** (Incluso si usted toma medicamentos) Sí No
- (7) **Tiene enfermedad del riñón o Renal?** Sí No
- (8) **Tiene en su familia historia de?** **Diabetes** Si No **Presión alta** Si No
Enfermedad a los Ojos Sí No **Enfermedad del riñón o Renal** Si No
- (9) **Tiene Ud. oculista** Yes No **Fecha de su último examen a los ojos:** m___/y___
Nombre del Dr. _____ El participante nunca tuvo examen de ojos
- (10) **Alguna vez se le diagnostico?** Glaucoma Degeneración Macular
 Cataratas Diabetes Retinopatía
- (11) **Alguna vez ha tenido una cirugía?** Si No **Qué tipo de?** _____
- (12) **Que tratamiento a los ojos tiene actualmente?** _____

ESTO ES SOLO UN CONTROL

ESTO NO ES UN DIAGNOSTICO

Resultados del Control – Uso Administrativo Solamente

Control de azucar en la sangre

Mi última comida o bebida con azúcar fue hace: 1 hora 2 horas. 3+ horas.

RESULTADOS	VALOR NORMAL	REFERIDO?
_____	1 Hora (90-150 mg/dl)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	2 Horas (60-110 mg/dl)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	3 Horas (70-100 mg/dl)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Precisión visual (Pasa/Falla) Derecha: P / F **Izquierda:** P / F **Examinador VA:** _____

Examinador de azúcar en la sangre: _____ **Examinador de Retina** _____

Comentarios: _____