

**NOTA: Todas las personas con diabetes deben aprender cómo cuidarse.**

## Registro de Salud para la Diabetes

NOMBRE

PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD PARA LA DIABETES

TELÉFONO DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD PARA LA DIABETES

### TENGO DIABETES

**NO ESTOY BORRACHO(A).** Si pierdo el conocimiento o actúo en forma extraña, podría ser porque me bajó el nivel de azúcar en la sangre.

**TRATAMIENTO DE EMERGENCIA – Necesito azúcar inmediatamente.**

Si estoy en condiciones de tragar, denme jugo de fruta, un refresco que no sea de dieta, un dulce o azúcar.

**Si no estoy en condiciones de tragar o si no me recupero en 15 minutos, llamen al 9-1-1 para pedir ayuda médica y infórmeles que tengo diabetes.**

**Hable sobre los temas siguientes con regularidad con su proveedor de cuidados para la diabetes:**

- ♦ **Monitorización de la glucosa en la sangre**
- ♦ **Hipoglucemia (azúcar baja)**
- ♦ **Hiperglucemia (azúcar alta)**
- ♦ **Colesterol**
- ♦ **Presión sanguínea**
- ♦ **Medicamentos**
- ♦ **Control de peso**
- ♦ **Revisiones diarias de los pies**
- ♦ **Actividad física**
- ♦ **Cuidado diurno durante enfermedades**
- ♦ **Control del estrés**
- ♦ **Terapia de nutrición médica**
- ♦ **Asesoramiento para dejar de fumar**
- ♦ **Asesoramiento anterior al embarazo**
- ♦ **Cuidados durante el embarazo**
- ♦ **Complicaciones**

### Contrólese la diabetes con el Registro de Salud para la Diabetes

Todas las personas con diabetes deben participar activamente para controlarse la diabetes. El Registro de Salud para la Diabetes le ayudará a recordar las pruebas y los análisis básicos que necesita y la frecuencia con que los necesita. **Nota: Es posible que necesite pruebas adicionales que no están en la lista.**

Este Registro de Salud para la Diabetes se basa en las recomendaciones clínicas adoptadas por el *Texas Diabetes Council* (Consejo de Diabetes de Texas), así como en los *Standards of Medical Care in Diabetes – 2008* (Normas de la atención médica para la diabetes de 2008) de la *American Diabetes Association* (Asociación Estadounidense de la Diabetes).

Para obtener más información sobre las normas correspondientes a la atención de la diabetes, visite el sitio en Internet del *Texas Diabetes Council* en [www.texasdiabetescouncil.org](http://www.texasdiabetescouncil.org). Puede obtener copias adicionales del Registro de Salud para la Diabetes llamando al (512) 458-7490.

Ver al dorso

# Guías básicas para la atención de la diabetes

Hable sobre estos temas con su proveedor de cuidados para la diabetes y anote sus resultados en esta tarjeta.

**Recuerde: Contrólese la diabetes.**

	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
<b>Peso</b> (en cada visita) Objetivo: BMI menor a 25	Peso	Peso	Peso	Peso
	BMI	BMI	BMI	BMI
<b>Presión sanguínea</b> (en cada visita) Objetivo: menos de 130/80				
<b>Revisión de los registros de análisis del azúcar en la sangre</b> (en cada visita) Objetivo: En ayunas 100 o menos 2 horas después de las comidas 140 o menos				
<b>A1c</b> (cada 3 a 6 meses) análisis de sangre para medir el nivel de azúcar en la sangre de los últimos 3 meses Objetivo: 6.0% o menos, de ser posible				
<b>Triglicéridos</b> (cada año) Objetivo: Menos de 150				
<b>Colesterol HDL</b> (cada año) Objetivo: Más de 40				
<b>Colesterol LDL</b> (cada año) Objetivo: Menos de 100 (menos de 70 si padece del corazón)				
<b>Análisis de riñón mediante la orina</b> a) Microalbuminuria Tipo 2 – cada año Tipo 1 – después de 5 años del diagnóstico, cada año Objetivo: menos de 30 b) GFR – pregunte a su médico				
<b>Inspección dental</b> (según sea necesario)				
<b>Examen dental</b> (cada 6 meses)				
<b>Inspección de los pies</b> (cada visita)				
<b>Examen de los pies</b> (cada año)				
<b>Examen de la vista con dilatación</b> (cada año)				
<b>Terapia de nutrición médica</b> (al principio y según lo recomiende el médico)				
<b>Asesoramiento de estilo de vida</b> (actividad física, nutrición, reducción del consumo de alcohol y dejar de fumar)				
<b>Educación sobre la diabetes</b> (al principio y según lo recomiende el médico)				

<b>Inmunizaciones para adultos</b>	Fecha
• <b>Vacuna contra la gripe</b> (cada año)	
• <b>Tétanos, difteria, tos ferina</b> (cada 10 años)	
• <b>Vacuna contra la neumonía</b> (de 19 a 64 años de edad; 1-2 veces) (mayores de 65 años, una vez)	
• <b>Vacuna contra el herpes (zóster)</b> (de 60 años de edad y mayores, una vez)	
• <b>Vacuna contra la hepatitis</b> – pregunte a su médico	
<b>Inmunizaciones de la niñez</b> – pregunte al médico	