CLINICA family health

Self-Assessment Sheet: Evaluación de Prevención de Complicaciones

1. Conozco los efectos de azúcar en la sangre en el cuerpo.
   a. Cierto
   b. Falso

2. Sé que los niveles consistentemente altos de azúcar en sangre podrían afectar la siguiente partes de mi cuerpo:
   a. Mis ojos
   b. Mis riñones
   c. Mi sistema nervioso
   d. Mis pies
   e. Mi corazón

3. Sé cómo comprobar si en mis pies hay cambios de la sensibilidad.
   a. Cierto
   b. Falso

4. Sé que mi proveedor me comprueba periódicamente si hay problemas con mi:
   a. Hígado
   b. Riñones
   c. Pies
   d. Corazón
   e. Niveles altos de azúcar en la sangre

5. Le pido a mi médico sobre mis resultados y los riesgos para complicaciones de la diabetes.
   a. Cierto
   b. Falso

6. Alguien en mi familia ha sufrido los efectos de las complicaciones diabéticas.
   a. Mi madre
   b. Mi padre
   c. Mi hermano o hermana
   d. Mi tía o tío

7. Yo sé cómo bajar mis niveles de azúcar en la sangre y prevenir complicaciones de la diabetes.
   a. Cierto
   b. Falso

8. Yo sé con qué frecuencia debo consultar a un médico acerca de:
   a. Un examen de pies
   b. Un examen de la vista
   c. Mi función de riñón

9. Me gustaría recibir más información sobre:
   a. Cómo cuidar de mis pies
   b. Cómo prevenir complicaciones
   c. La prueba de la función de riñón y lo que significa

*Adapted from Centering Pregnancy® Model Handbook

GV-109.1-0316 PR
Revised By GVO March 2016