CLINICA family health

Self-Assessment Sheet: Evaluación Para El Seguimiento

(Utilizando un Glucómetro)

1. ¿Tengo un glucómetro?
   a. Cierto b. Falso

2. Uso mi glucómetro:
   a. Una vez al día
   b. Dos veces al día
   c. Varias veces por día
   d. Una vez a la semana
   e. Más de dos veces a la semana
   f. Varias veces por semana

3. ¿Cuántos días de la semana hace uso de su medidor? _____
   a. ¿Si no lo utiliza, cual es la razón? _____

4. ¿Conozco las metas para mis niveles de azúcar en la sangre?
   a. Cierto b. Falso

5. ¿Yo entiendo cuál es el objetivo de medir la azúcar en sangre?
   a. En ayunas
   b. Antes de las comidas
   c. 2 horas después de las comidas
   d. En la tarde

6. ¿Sé lo que significa un nivel de A1C?
   a. Cierto b. Falso

7. ¿Regularmente hablo con mi proveedor(a) de mi A1C?
   a. Cierto b. Falso

8. ¿Tengo mi prueba de A1C al lo menos dos veces al año?
   a. Cierto b. Falso

9. ¿Me gustaría recibir más información sobre como:
   a. Obtener un medidor
   b. La compra de tiritas y agujas
   c. Recargas en mi medicamento, tiritas y agujas
   d. Información sobre las metas para el azúcar en sangre

*Adapted from Centering Pregnancy® Model Handbook

GV-107.2-1016 PR
Revised By GVO October 2016