



## Record de evaluación de diabetes gestacional/*GESTATIONAL DIABETES ASSESSMENT RECORD*

Por favor de completar este formulario y traerlo con usted a su cita o clase

### 1. Información del paciente / *Patient Information:* Fecha/*Date:* \_\_\_\_\_

Nobre/*Name:* \_\_\_\_\_ Edad/*Age:* \_\_\_\_\_ Raza/*Race:* \_\_\_\_\_  
 Nivel de educación/*Level of Education:* \_\_\_\_\_  
 Ocupación/*Occupation:* \_\_\_\_\_ Horas de trabajo/*Work Hours:* \_\_\_\_\_

### 2. Historial de diabetes gestacional / *Gestational Diabetes History:*

Tipo de diabetes gestacional / *Type of Gestational Diabetes?*  
 Recién diagnosticado / *Newly Diagnosed*     Pasado de diabetes gestacional / *History of Gestational Diabetes*  
 ¿Tiene historial de diabetes en su familia? / *Do you have a family history of diabetes?*     No     Si/Yes  
 Si hay familia, quienes? / *If yes, Who?* \_\_\_\_\_  
 Obstetra/Medico/ *OB/Gyn Provider:* \_\_\_\_\_

### 3. Historial de educación de diabetes gestacional/*Gestational Diabetic Education History:*

¿Alguna vez ha asistido a clase de educación de diabetes gestacional? / *Have you ever attended a gestational diabetes education class?*     No     Si/Yes    ¿Si es si, donde? / *if yes, Where?* \_\_\_\_\_ &  
 ¿Y cuando? / *When?* \_\_\_\_\_  
 ¿Participara alguien más en este programa? / *Will significant others participate in this program?*     No     Si/Yes,  
 Quien/ *When?* \_\_\_\_\_  
 Nivel de conocimiento/habilidades de diabetes? / *Level of diabetes knowledge/skill?*  
 Indique del 1 a 5, 1 (no tengo conocimiento) y 5 (tengo completo conocimiento) \_\_\_\_\_  
*Rate on a scale of 1=No Understanding to 5= Complete Understanding*  
 ¿Alguna vez ha recibido educación sobre dieta y planificación de alimentos? / *Have you had education about a diet/meal planning before?*     No     Si/Yes, Si es si, por favor de explicar/ *If yes, Explain:* \_\_\_\_\_

### 4. Historial medico / *Medical History:*

Altura/*Height:* \_\_\_\_\_ Peso actual/*Current Weight:* \_\_\_\_\_ Peso antes del embarazo/*Weight before pregnancy:* \_\_\_\_\_  
 Alergias/*Allergies:* \_\_\_\_\_  
 Otros problemas médicos/*Other medical problems:* \_\_\_\_\_

### 5. Historial prenatal / *Prenatal History:*

Fecha de parto: \_\_\_\_\_ Numero de semanas embarazada \_\_\_\_\_ Embarazo de múltiples?     Si/Yes     No  
*Estimated Due Date*                      *Number of Weeks Pregnant*                      *Is this pregnancy twins or more?*  
 ¿Número de embarazos incluyendo el presente? / *Number of pregnancies including present pregnancy?:* \_\_\_\_\_  
 Número de niños viviendo? / *Number of living children:* \_\_\_\_\_  
 ¿Complicaciones con este embarazo? / *Any complications during this pregnancy?*     No     Si/Yes  
 Si es si, cuales? / *If yes, What?* \_\_\_\_\_  
 Peso al nacer de bebes/ *Birth weight of child/children:* #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ #3 \_\_\_\_\_ Etc. \_\_\_\_\_

### 6. Ejercicio / *Exercise:*

¿Sigue algún programa de ejercicio regular al momento? / *Do you currently have a regular exercise program?*     No     Si/Yes,  
 Si es si/ *if yes:*

Tipo/ <i>Type</i>	Periodo de tiempo/ <i>Length of Time</i>	Intensidad/ <i>Intensity</i> <small>(circule uno/circle)</small>	# De veces po semana/ <i># Times/Week</i>
_____	_____	Leve/Light    Medio/Medium    Pesado/Heavy	_____

¿Hacia ejercicio antes de su embarazo? / *Did you exercise prior to pregnancy?*     Si/Yes     No  
 Le ha aconsejado su médico a limitar ejercicio de cualquier manera/ *Have you been advised by a physician to limit exercise in any way?*     No     Si/Yes, ¿Si es si, cuáles son sus limitaciones? / *If yes, what are the limitations?* \_\_\_\_\_

Patient Label

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

FIN: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

< ver al dorso >

**PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD**



**7. Historial social / Social History:**

Estado civil/Marital Status:  Soltera/Single  Casada/Married  Viuda/Widow  Divorciada/Divorced

Numero de persona que viven en el hogar / Number of people that live in household: \_\_\_\_\_

Relaciones/Relationships: \_\_\_\_\_

¿Son de personas de apoyo y ayuda? / Are they supportive and helpful?  Si/Yes  No

¿Tendrá su bebe en el hospital de Women's, parte de metodista?/Are you delivering at Women's Hospital?  Si/Yes  No

Historial de uso de Tabaco/Tobacco History:

Nunca ha fumado/Never Smoker  Antes fumaba/Former Smoker  Actualmente fumando/Current Smoker

**8. Medicamentos / Medication:**

Por favor de traer una lista de medicinas que está tomando, recetadas y sobre el mostrador (como vitaminas) o escribir en la lista abajo:  
Bring with you a list of all the medications you are currently taking, including over the counter (e.g. vitamins) OR list below:

Medicamento/Medication	Dosis/Dose	Horario/Time

**9. Historial de nutricion / Nutrition History:**

¿Alguna vez ha seguido o esta seguido una dieta especial?/Have you or are you currently following a special diet?

No  Si/Yes, Si es si, explique/If yes explain: \_\_\_\_\_

¿Se salta las comidas?/Do you skip meals?  No  Si/Yes,

Si es si, cuáles comidas?/If yes which meals? \_\_\_\_\_

¿Cocinas en el hogar?/Do you cook at home?  No  Si/Yes

¿Tienes alergias a ciertas comidas?/Do you have any food allergies?  No  Si/Yes,

Si es si, cuáles?/If yes, What: \_\_\_\_\_

¿Hay comidas que no le gusten?/Do you have any strong food dislikes?  No  Si/Yes,

Si es si, cuáles?/If yes, What: \_\_\_\_\_

¿Hay comidas que te gustaría incluir como parte de tu cultura a tu plan de alimentos?/Do you have any food you would like included/cultural influences in your meal plan?  No  Si/Yes,

Si es si, cuáles?/If yes, What: \_\_\_\_\_

¿Que tan seguido comes de restaurant o ordenas?/How often do you eat out or pick up take out?

Nunca/Never  1-3 veces/semana/1-3 times/week  4-6 veces/semana/4-6 times/week  Diario/Daily

¿Cuando sales a comer, a donde vas por comida? /When eating out where do you usually dine?

Comida rápida/Fast food  Sentados en restaurante/Sit Down Restaurant  Bufe/Buffer

¿Planeas dar pecho?/Do you plan to breast feed?  Si/Yes  No

**En el último mes, ¿comiste o tomaste de los siguientes?/**

**How often in the last month did you eat or drink the following?**

	Nunca Never	1-6/semena 1-6/week	1-3/semena 1-3/day	4 o mas/dia 4 or more/day
Leche, yogur, leche de soya o nuez, leche sin lactosa <input checked="" type="checkbox"/> appropriate box Milk, yogurt, nut/soy milk, lactose free				
Bebidas dulces (soda, bebidas de energía, jugos) <input checked="" type="checkbox"/> appropriate box Sweetened Drinks (Pop/Soda, energy drinks, juice)				
Frutas (fresca, congelada, enlatada, seca) <input checked="" type="checkbox"/> appropriate box Fruits (Fresh, frozen, canned, dried)				
Verduras con almidón (elote, papas, chicharos) <input checked="" type="checkbox"/> appropriate box Starchy Vegetables (Corn, Potatoes, peas)				

Patient Label

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

FIN: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

**PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD**



**En el espacio de abajo, escribe lo que usted consume y bebe normalmente o lo que ha comido en las últimas 24 horas. Incluya detalles con el tipo de comida y la cantidad de comida en un día**

*In the space provided below, record what you typically eat and drink, or what you have eaten in the past 24 hours. Include details such as type of food and amount of food in a day.*

<b>Ejemplo</b> Example:	<b>Cereal = 1 taza de cheerios</b> Cereal-Cheerios - 1 Cup	<b>1 taza de leche desnatada</b> Milk - Skim - 1 Cup	<b>2 rodajas de pan de trigo</b> Toast - wheat 2 slices
<b>Meal Times</b>	<b>Comida consumida y cantidad / Food Eaten and Amount</b>		
Desayuno/Breakfast Horario/Time_____			
Bocadillo/Snack Horario/Time_____			
Almuerzo/Lunch Horario/Time_____			
Bocadillo/Snack Horario/Time_____			
Cena/Dinner Horario/Time_____			
Bocadillo/Snack Horario/Time_____			

**10. Metas / Goals:**

¿Qué es lo que más te interesa aprender hoy?/What you most interested in learning today? \_\_\_\_\_

¿Cómo ha afectado tu vida la diabetes gestacional? /How has Gestational Diabetes affected your life? \_\_\_\_\_

**Parar! / STOP! – Below for Diabetes RD/RN to complete.**

[Class: Group / Individual – Why; Weakness/Strengths, Cultural Influences, Barriers, Relevant History.]

CLINICIAN ASSESSMENT SUMMARY: \_\_\_\_\_

- Education Needs/Education Plan:  Diabetes Disease Process     Nutritional Management     Physical Activity  
 Monitoring     Using Medications     Preventing Acute Complications     Psychosocial Adjustment  
 Preventing Chronic Complications     Behavior Change Strategies     Risk Reduction Strategies

Clinician Signature: \_\_\_\_\_ Date/Time: \_\_\_\_\_

Patient Label

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

FIN: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_