



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/Type	Periodo de tiempo/ Length of Time	Intensidad/Intensity (circule uno/circle)	# De veces po semana/ # Times/Week
_____	_____	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 medical provider to limit exercise in any way? No Si/Yes, ¿Si es si, cuáles son sus limitaciones?/If yes, what are the limitations? _____

< ver al dorso >

Patient Label

NAME: _____ DOB: _____

FIN: _____ MRN: _____

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/Buffet

¿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/semana 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.

Ejemplo Example:	Cereal = 1 taza de cheerios Cereal-Cheerios - 1 Cup	1 taza de leche desnatada Milk - Skim - 1 Cup	2 rodajas de pan de trigo Toast - wheat 2 slices
Meal Times	Comida consumida y cantidad / Food Eaten and Amount		
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: _____

PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD