

This product was developed by the diabetes self management project at Gateway Community Health Center, Inc. in Laredo, TX. Support for this product was provided by a grant from the Robert Wood Johnson Foundation® in Princeton, New Jersey.



GATEWAY COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

Diabetes Self Management Project Forma de Registración

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento : ____ / ____ / ____

MF#: _____

Dirección: _____ Numero de Teléfono: _____

Masculino Femenino Inglés Español _____
Sexo Language Ocupación

Nivel de Educación Promedio de Ingreso Familiar en Miles -5 5-10 11-14 20-24 +25

Yo he tenido las siguientes enfermedades señaladas. Mis padres o abuelos han tenido las siguientes enfermedades que están circuladas.:

Diabetes _____ Corazón _____ Cancer _____ Presión Alta _____

¿Si usted. ha tenido diabetes, por cuantos años la ha tenido? _____

¿Ha usted visitado un hospital or sala de emergencia? Si No

Hospital _____ Sala de emergencia _____. Cuanto tiempo estuvo internado? _____

¿Sabe usted su nivel normal de azúcar? Si No _____

¿Sabe usted su presión normal de la sangre? Si No _____

¿Usted fuma? Si No

¿Hace ud. ejercicio? Si No

Si usted contesto que SI, ¿Qué tipo de ejercicio es el que usted hace? _____

¿Cuántas veces a la semana? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

¿Usted ha sentido algunos de los siguientes sintomas de estrés? Por favor señale el que aplique.

Dolor de Cabeza _____ Indigestión _____ Dolor de espalda _____ Tensión en el Cuello _____
Nerviosismo _____ Mareos _____ Ansiedad _____ Depresión _____ Aburrimiento _____
Problemas para dormir _____ Otras _____

Por favor anote un segundo numero de teléfono en donde lo podamos localizar..

_____ _____
Nombre/Parentesco Numero de Teléfono

Entrevistador: _____ **Fecha:** _____

Locación: _____