











Propio Manejos de la Diabetes

USTED, EL PACIENTE, es la persona mas importante para manejar su **DIABETES**. Diabetes es una enfermedad muy seria. Lo mas que usted aprenda acerca de su enfermedad lo más saludable que usted estará y se le va a hacer más fácil vivir con Diabetes. Usted es la persona más importante que maneja su Diabetes. Al escoger una o más metas de la lista mencionada, usted ganara control para su Diabetes y ayudara a reducir los danos ocasionados a los vasos sanguíneos y nervios que se dirigen a su cerebro, ojos, corazon, rinones, pies y dedos como resultado de sus Diabetes.

POR FAVOR ESCOJA UNA O MAS DE LAS SIGUIENTES METAS			
Si	No	Metas	
		Meta 1	Trabajare para mantener la hemoglobina A1c a menos de 7.0, y cumplire con mis citas medicas. 
		Meta 2	Caminare por 30 minutos _____ dia(s) a la semana. Si noto dolor en el pecho, falta de respiración, o presion en el pecho, parare de caminar y buscare ayuda médica. 
		Meta 3	Me revisare los pies diariamente. Si noto alguna llaga o una irritación, buscare ayuda médica. Visitare al especialista de los pies anualmente, o como se me indica. 
		Meta 4	Seguire mi dieta para la diabetes y mi dieta baja en grasa para reducir la azucar en la sangre y el colesterol. 
		Meta 5	Tratare de obtener mi peso ideal. Yo perdere _____ libras para mi próxima visita. 
		Meta 6	Para mantener mejor control de su Diabetes, tomé sus medicamentos como han sido recetados, todos los días. 
		Meta 7	Dejare de fumar. 
		Meta 8	Visitare a un especialista de la visión cada año o como sea indicado. 
		Meta 9	Chequee su nivel de azúcar por lo menos dos veces al día (antes del desayuno y después de la cena) Escriba sus cantidades en su registro diabético y tráigalo a cada cita que tenga con su doctor. Si su nivel de azúcar es menos de 70 o más de 180 por mas de tres días, llame a su doctor de cabecera. 
		Meta 10	Visitare a mi dentista cada año o como me sea indicado. 

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ MR# _____