

Centro De Diabetes
Elmhurst Memorial Hospital
Evaluación Para La Diabetes Gestacional

Nombre: _____ Edad _____ Fecha: _____

Teléfono(C) _____ (T) _____ Empleador/Oficio _____

Estado Conyugal: Casada Soltera Viuda Divorciada Médico _____

Persona de Contacto _____ Fecha de Parto _____ Semanas embarazada _____

Resultados de tolerancia de la Glucosa: En ayunas _____ 1 hora _____ 2 horas _____ 3 horas _____

¿Toma alguna medicina o insulina?

Nombre

Dosis

Horario

¿Tiene Ud. cualquier de estas enfermedades?

Alta Presión _____ Colesterol Elevado _____ Problemas de Corazón _____

Problemas de Pulmon _____ Problemas Digestivas _____ Cancer _____

Artritis _____ Infarcto Cerebral _____ Problemas del Oido _____ Vision _____ Tiroide _____

Cirugias _____ Alérgias _____

Otros _____

Historia de la Salud

	SÍ	NO	Explicación o Comentario
¿Ha tenido la diabetes gestacional anteriormente?			Cuando:
¿Cuantos embarazos ha tenido?			
¿Cuantos niños tiene Ud?			
¿Cuanto pesaron los otros niños?			
¿Ha tenido algun complicación durante este embarazo?			
¿Ha tenido alguna complicación con los otros embarazos?			¿Qué?
¿Alguna persona en su familia tiene diabetes?			¿Quien?
¿Fuma Ud?			Cuantos por día Cuantos años
¿Ha Fumado?			¿Cuando paró dejó de fumar?
¿Tomaba alcohol antes de embarazarse?			
¿Hace ejercicio?			
¿Tiene restricciones para el ejercicio?			
¿Si no hace ejercicios, por qué?			Explica:
¿Duerme bien en las noches?			
¿Siente algun dolor?			¿Donde? ¿Come de intenso es el dolor?

HISTORIA DE NUTRICIÓN

	SÍ	NO	Explicación o Comentario
Su Estatura _____ Peso antes de este embarazo _____ Peso ahora _____			Libras aumentadas _____ Libras perdidas _____
¿Qué le dijo su médico sobre su peso?			¿Qué?
¿Tiene Ud. Cualquier de estos? Nausea _____ Vomito _____ Acidez _____ Extrenimiento _____			
¿Toma café/té/soda con cafeína?			
¿Hay algo mal con la manera que come?			¿Qué?
¿Será difícil hacer cambios saludables sobre su alimentación?			¿Por Qué?
¿Sigue alguna dieta especial?			Por favor Circule: Bajo Calorias Bajo en sal Bajo en grasa Bajo en proteína Fibra Alta Vegetariano
¿Se levanta durante la noche para comer?			
¿Quien va de compras/cocina en su hogar?			Úd Esposo Amigo(a) Otro
¿Toma alcohol ahora?			Tipo _____ Cantidad _____
¿Usa substitutos de azúcar?			
¿Toma Ud. algun suplemento nutricional? (Vitaminas, minerales, o hierbas)			¿Qué Suplemento?
¿Come fuera de casa? (Alimento rápido, alimento para llevar, alimento entregado a su casa, cafeteria, buffet, restaurante)			VECES DONDE Desayuno _____/semana _____ Almuerzo _____/semana _____ Cena _____/semana _____
¿Cuantos veces por semana se come estos alimentos?			
Soda Regular _____ Jugo de fruta _____ Dulces _____			
Chocolates _____ Helados o Flanes _____ Galletas _____			
Pasteles o Bizcochos _____ Pan Dulce _____ Otros: _____			

Su Horario Diario

Un Día Típico

Escribe los tiempos

_____ Hora de levantarse
 _____ Primera Comida
 _____ Bocado
 _____ Segunda Comida
 _____ Bocado
 _____ Tercera Comida
 _____ Bocado
 _____ Hora de Acostarse

_____ La hora que comienza su trabajo
 _____ La hora que regresa a casa

¿Cuándo hace ejercicio?

(Apunte con un equis)

Antes del desayuno _____
 Después del desayuno _____
 Antes del almuerzo _____
 Después del almuerzo _____
 Antes de la cena _____
 Después de la cena _____

Apunte su Menú típico

Entre la Semana	Los Fines de Semana
Primera Comida	Primera Comida
Bocado	Bocado
Segunda Comida	Segunda Comida
Bocado	Bocado
Tercera Comida	Tercera Comida
Bocado	Bocado