




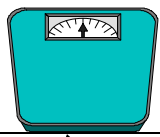






GATEWAY COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

Diabetes Self Management Goals

The following goals will help you gain/maintain diabetic control to reduce damage to your blood vessels and nerves.

What are YOUR Goals for the next 3 months? What do you want? I want my:

Blood sugar levels to be _____ Blood Pressure _____
Hemoglobin A1C _____ LDL _____ Statins _____.



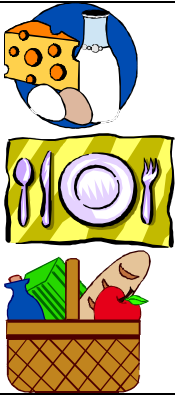




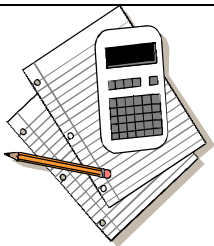

Please choose goals you are willing to work on to better manage your diabetes.		Date Reviewed	Date Accomplished
	<p>Goal 1: Exercise I will exercise _____ days per week. I will do _____ exercises _____ minutes a day. I will do this _____ times a day.</p>		
	<p>Goal 2: Foot Care I will check my feet daily. As instructed, I will bring the filament chart to my doctor at every visit.</p>		
	<p>Goal 3: Meal Planning I will eat 3 meals and snacks on time (daily). The times I eat are: Breakfast _____, Lunch _____, Dinner _____, Snacks _____. I will make an appointment to learn more about healthy eating _____. Other _____.</p>		
	<p>Goal 4: Weight Loss I will lose _____ pounds by my next office visit to reach my goal of _____ pounds at the end of the year.</p>		
	<p>Goal 5: Medications I will take my medication regularly as instructed by the doctor.</p>		
	<p>Goal 6: Smoking I will stop smoking. I will talk to my doctor about medications, gum and/or patches to help with cravings.</p>		
	<p>Goal 7: Eye Exams I will have an eye exam every year or as indicated by the doctor.</p>		
	<p>Goal 8: Dental I will have a dental exam every year or as indicated by the doctor.</p>		
	<p>Goal 9: Blood Sugar Testing I will check my blood sugar as instructed and will bring my record to next clinic appointment. I will call if my blood sugar is below 70mg/dl and higher than 180mg/dl more than two times per week.</p>		
	<p>Goal 10: Stress Management I will stop and take 4 deep breaths when I am feeling anxious or stressed. I will _____ take a walk, _____ take a bath, _____ garden, _____ read, _____ talk to a friend/family, _____ pray, other, when feeling too much stress _____.</p>		

Patient's Name: _____ DOB _____ / _____ / _____ MR# _____

Patient's Signature _____ Nurse/MOA _____ Date: _____ / _____ / _____

TIPS FOR GOOD DIABETIC CONTROL

To prevent diabetic complications that cause damage to the blood vessels and nerves leading to the brain, eyes, heart, kidneys, and feet; follow these tips.

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Once you are cleared to exercise, walk 30 minutes at a rapid pace every day. 2. If you notice chest pain, shortness of breath, or tightness in the chest, stop and seek medical attention.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Check your feet, especially the bottom, daily. If you notice a sore or an irritation, make an appointment with your provider. 2. Visit your Podiatrist (foot specialist) yearly, or as instructed.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. DO eat lean meat, fruit, and vegetables. 2. DO eat multigrain food, such as whole wheat breads. 3. DO drink 6-8 glasses of water every day. 4. DO NOT drink fruit juices unless your blood sugar drops below 70mg/dl. Then drink only 4 ounces of orange juice (or you may drink tomato or vegetable juice such as V-8). 5. LIMIT your fruit to 2 servings per day. 6. LIMIT your carbohydrates. Carbohydrates include bread, tortillas, rice, potatoes, noodles, lima beans, sweet peas, corn, etc.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. To achieve better diabetic control, you will need to lose weight.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. To achieve better diabetic control, take medication as prescribed by doctor.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. If you smoke, <u>STOP SMOKING.</u>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. To protect your vision, visit an eye specialist every year or as instructed.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. If asked to take your blood sugar, please record them in the daily record booklet and bring them to every visit. 2. If your blood sugar is less than 70mg/dl or above 180mg/dl for more than 3 days, call or visit your health care provider. Illness may cause your blood sugar to go up.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. See your dentist at least once a year.




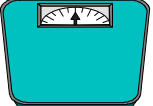




GATEWAY COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

Control Propio de la Diabetes

Las siguientes metas le ayudaran a obtener y mantener el control de su diabetes para reducir el daño a sus vasos sanguíneos y nervios.

¿Cuáles son sus metas para los siguientes 3 meses? ¿Qué es lo que desea?

**Yo deseo que: Mi Nivel de Azúcar en la Sangre sea _____ Presión Sanguínea _____
Hemoglobina Glicosilada _____ Colesterol(LDL) _____ Medicina para colesterol _____**



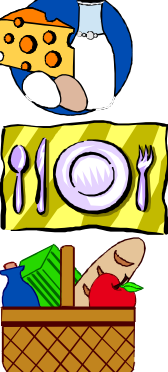






Por favor escoja una o más de las siguientes metas.		Fecha	Fecha Realizado
	Meta 1: Ejercicio Voy hacer ejercicio _____ días por semana. Voy hacer ejercicio _____ minutos por día. Voy hacer esto _____ veces al día.		
	Meta 2: Cuidado de los Pies Me revisaré los pies diariamente como se me ha indicado. Cada visita traeré el record del examen de los pies al doctor.		
	Meta 3: Planeación de las Comidas Voy a comer 3 veces al día con vocados en ocasiones: _____. Mis comidas durante el día son: Almuerzo _____ Comida _____ Cena _____ Vocados _____ Haré una cita para aprender más sobre comidas saludables: _____. Otro _____.		
	Meta 4: Mantenimiento de Peso Tratare de perder peso. Yo perdere _____ libras para mi próxima visita para llegar a mi meta de _____ libras al año.		
	Meta 5: Medicinas Tomare mis medicinas regularmente como fue indicado por el doctor.		
	Meta 6: Dejar de Fumar Dejare de fumar. Voy a preguntarle a mi doctor sobre medicinas, chicle y/o parches para controlar los deseos de fumar.		
	Meta 7: Examen de la Vista Me voy hacer un examen de los ojos cada año o como sea indicado por el doctor.		
	Meta 8: Examen Dental Me voy hacer un examen dental cada año o como sea indicado por el doctor.		
	Meta 9: Examen de Azúcar en la Sangre Me checaré el azúcar en la sangre como se me indica, y llevare el record a la clinica cuando tenga mi cita. Llamare si los resultados son menos de 70mg/dl y/o más de 180mg/dl, dos veces o más por semana.		
	Meta 10: Manejo de el Estres Voy a parar y respirar profundo 4 veces cada vez que sienta ansiedad ó, estres. Voy a _____ caminar, _____ tomar un baño, _____ hacer el jardin, _____ leer, _____ hablar con un amigo(a)/familiar, _____ orar, y cuando sienta mucho estres voy hacer lo siguiente _____.		

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ MR# _____

Firma del Paciente: _____ Enfermera/MOA _____ Fecha: ____ / ____ / ____

CONSEJOS PARA BUEN CONTROL DE LA DIABETES

Para prevenir complicaciones de la diabetes que causan daño a los vasos sanguíneos y a los nervios que conducen al cerebro, los ojos, corazón y pies; siga estos consejos.

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una vez que haya sido autorizado para hacer ejercicio, camine 30 minutos cada día a una velocidad rápida. 2. Si nota dolor de pecho, falta de respiración, o presión en el pecho, pare de caminar y busque atención médica.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revise sus pies, especialmente la planta del pie, diariamente. Si nota una llaga o una irritación, haga una cita con su doctor. 2. Visite a su especialista de los pies anualmente, o como sea recomendado por el doctor.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>COMA</u> carne desgrasada, frutas y vegetales. 2. <u>COMA</u> comidas con granos múltiples, como pan de trigo. 3. <u>TOME</u> 6-8 vasos de agua cada día. 4. <u>NO TOME</u> jugos de frutas al menos que el azúcar en su sangre baje a menos de 70mg/dl. Entonces solamente tome 4 onzas de jugo de naranja, (o puede tomar jugo de tomate o de vegetales, como V-8). 5. <u>LIMITESE</u> a comer 2 porciones de fruta al día. 6. <u>LIMITE</u> los carbohidratos por comida. Los carbohidratos incluyen pan, tortillas, arroz, papas, fideos, frijol, elote, etc.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para lograr un mejor control de la diabetes, necesitará que perder peso.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para lograr mejor control de su diabetes, es necesario que se tome la medicina o se inyecte insulina como le indico el doctor.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si usted fuma, <u>DEJE DE FUMAR.</u>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para proteger su vista, visite a un especialista de los ojos cada año o como se le haya indicado.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si le piden que se examine el azúcar en la sangre, anótelos en la libreta de control diario y traigalo a cada visita. 2. Si el nivel de azúcar en la sangre es menos de 70mg/dl o más de 180mg/dl por más de 3 días, llame o visite a su doctor. Las enfermedades pueden causar que el nivel de azúcar en la sangre aumente.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visite a su dentista por lo menos una vez al año.