



GATEWAY COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

Diabetes Self Management Project

Forma de Registración

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

MF#: _____

Dirección: _____ Numero de Teléfono: _____

Masculino Femenino
Sexo

Inglés Español
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: _____