

Cuestionario: Diabetes

Nombre _____

Fecha _____

Si usted tiene Diabetes, por favor completa. Si usted no tiene Diabetes, por favor iniciales aquí: _____

¿Cuántos años tiene Diabetes? _____

¿Cómo es su diabetes controlada actualmente (círculo uno): pastillas insulina pastillas/insulina ninguno

¿Cuál fue tu última lectura de azúcar en la sangre? ¿Cuándo fue? _____

¿Sabes lo que es una hemoglobina A1c? Sí No

¿Cuál fue tu última hemoglobina A1c? _____

¿Has visto a un podiatra antes? ¿Cuándo sí? _____ No

¿Has tenido alguno de los siguientes? (Circule las que apliquen) Infección del hueso infección pie ulceración del pie

¿Usted alguna vez sido hospitalizado por una infección de pie diabético? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de tratamiento recibió? (Circule las que apliquen)

I.V. antibióticos cirugía amputación

Si hospitalizado, por favor indicar hospital nombre y fecha de admission _____

¿Puedes caminar 1-2 bloques sin dolor de pierna, pantorrilla o nalga? Sí No

¿Tienes calambres en las piernas que te despierta por la noche? Sí No

¿Experimenta entumecimiento u hormigueo en los pies? Sí No

¿Actualmente usa tabaco? Sí No

¿Has usado tabaco? Sí No

¿Cuántos paquetes por día hizo/hace fumas? <1 por día 1 por día >1 por día

¿Cuántos años usó tabaco? < 5 < 10 < 20 < 30

Estás consciente del diabético programa de zapato terapéutico Sí No

¿Cualquiera de los miembros de su familias ha tenido diabetes? Sí No

¿Alguien en su familia ha tenido una complicación del pie diabético? Sí No

¿Alguien en su familia ha tenido una amputación relacionada con la Diabetes? Sí No

Cuestionario: Motivo de tu visita

Nombre _____

Fecha _____

Por favor complete la siguiente información, para que le podamos ayudar mejor. Gracias.

¿Qué te trae a la oficina hoy? _____

¿Dónde está la ubicación de su condición de dolor o pie/tobillo? _____

¿Cuánto tiempo ha estado pasando esto? _____

Si tienes dolor, por favor de describir circundando a todas las que apliquen:

Disparo punzante ardor hormigueo alfileres & agujas afiladas

Dolor pulsátil otro: _____

Por favor califique su dolor en una escala de 1 a 10, 10 siendo el peor: _____

Es tu peor dolor: (circule uno) en la mañana después de descansar al final del día

¿Cómo empezó el dolor o la condición? De repente gradualmente Otra _____

¿Tuviste alguna lesión o trauma en el momento en que comenzó la condición? Sí No

¿Hubo alguna hinchazón o hematomas cuando comenzó el dolor o la condición? Hinchazón, moretones ambos

¿Ha estado mejorando el dolor o algo peor? Peor mejor

¿Qué hace el dolor o la condición de mejor? _____

¿Qué empiore el dolor o la condición? _____

¿Ha tenido cualquiera de los siguientes hechos? (Circule las que apliquen) Rayos x ultrasonido MRI

¿En caso afirmativo, sírvase indicar dónde y Cuándo? _____

¿Ha tenido algún tratamiento para esta afección? Sí No

En caso afirmativo, indique los tratamientos ha tenido _____

