

Evaluación del Centro de Diabetes Móvil (MDC)

Formulario de Consentimiento y Liberación

Su información de contacto personal sólo será utilizada para contactarle a usted para el seguimiento de resultados anormales



Yo, (por favor escriba en letra de molde) _____ por el presente solicito que el examen/los exámenes de evaluación de salud se me lleven a cabo por el Centro de Diabetes Móvil (MDC) y Nebraska Methodist College. Por este medio libero a el MDC y a Nebraska Methodist College, a los patrocinadores y a los voluntarios de cualquier y toda responsabilidad, incluyendo cualquier asunto o cosa realizada u omitido que puedan llegar a surgir durante las evaluaciones o de los datos derivados de los mismos. Entiendo que:

1. Los datos obtenidos de este examen deben ser considerados sólo como preliminares y no decisivos.
2. La responsabilidad de iniciar cualquier evaluación de seguimiento para detectar anomalías identificadas en el evento de evaluación de la salud cae sobre mí como la persona responsable de mi propia salud y no con ninguna organización participante.
3. El MDC y Nebraska Methodist College tendrán acceso a los resultados de mi examen con el propósito de determinar si estos resultados son anormales, me ayudaran en iniciar continuidad de tratamiento, y sugerencias de servicios cuando sea adecuado.
4. Ningún otro individuo ni agencia tendrá acceso a los resultados de mis pruebas sin mi permiso explícito y por escrito. Los datos acumulados pueden ser usados con el propósito de reportar y de investigación. He leído y comprendido los siguientes párrafos.
5. Puedo negarme a responder a cualquier pregunta que no esté directamente relacionada con los servicios prestados y aun así recibir los servicios.
6. He recibido el Aviso de las Prácticas de Privacidad y se me ha proporcionado una oportunidad para revisarlo.
7. Estoy de acuerdo en que un representante de Methodist me contacte para el seguimiento sobre los resultados de mi examen.
8. Reconozco que se tomaran fotos que se pueden utilizar con fines de comunicación por parte del MDC, Nebraska Methodist College, y/o NEBRASKA METHODIST HEALTH SYSTEM. _____ Escriba aquí sus iniciales si está de acuerdo.

Firma Del Participante: _____ Fecha: _____

Escriba en letra de MOLDE su primer Nombre:		Escriba en letra de MOLDE su Apellido:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Número de teléfono:
Cuál es su raza/origen étnico: <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico <input type="checkbox"/> Otro:			
Diría que su salud es por lo general: <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy Buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala		¿Fuma o mastica tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Bebe alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha visitado al doctor en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sus valores de evaluación hoy:			
Pregunta:	Su respuesta	Puntos:	Su Resultado:
Su edad:	<input type="checkbox"/> Menor de 40 años = 0 puntos <input type="checkbox"/> 40 – 49 años = 1 puntos <input type="checkbox"/> 50 – 59 años = 2 puntos <input type="checkbox"/> 60 años o mayor..... = 3 puntos		
Género :	<input type="checkbox"/> Femenino..... = 0 puntos <input type="checkbox"/> Masculino u otro..... = 1 punto		
Si es femenino ¿ha sido diagnosticada con diabetes gestacional?	<input type="checkbox"/> Si = 1 punto <input type="checkbox"/> No..... = 0 puntos		
Antecedentes Familiares de Diabetes (padres o hermanos):	<input type="checkbox"/> No..... = 0 puntos <input type="checkbox"/> Sí = 1 punto		
¿Ha sido diagnosticado con presión alta sanguínea o está tomando medicamento para la presión alta sanguínea?	<input type="checkbox"/> No..... = 0 puntos <input type="checkbox"/> Sí..... = 1 punto		
Su Presión Sanguínea hoy: _____/_____			
Cuál es su Índice de Masa Corporal (conocida por sus siglas en inglés como BMI) Peso: _____ Altura: _____	<input type="checkbox"/> Bajo Peso (menos de 18.5)..... = 0 puntos <input type="checkbox"/> Peso Normal (18.5 – 24.9)..... = 0 puntos <input type="checkbox"/> Sobre Peso (25 – 29.9)..... = 1 punto <input type="checkbox"/> Obeso (30 – 40)..... = 2 puntos <input type="checkbox"/> Más de 40 = 3 puntos		
Su BMI: _____			
¿Hace actividad física?	<input type="checkbox"/> Si = 0 puntos <input type="checkbox"/> No (MENOS 1 PUNTO!!!!)..... = -1 punto		
Puntaje Total:			
<i>Sume los puntos (Y reste puntos si no hace actividad física), de las preguntas anteriores.</i>			
Si su Puntaje Total es más que o igual a 4, está en alto riesgo de Diabetes o Prediabetes no diagnosticada.			<input type="checkbox"/>
Si su Puntaje Total es más que o igual a 5, está en alto riesgo de Diabetes no diagnosticada.			<input type="checkbox"/>
Consulte a su proveedor de salud para el seguimiento de los análisis de sangre si su resultado es alto.			<input type="checkbox"/>
Coolesterol:	HbA1C:	Glucosa sanguínea:	

Marque con un círculo la respuesta apropiada:

- ¿Esta es su primera visita con el Centro de Diabetes móvil? Sí No
- ¿Tiene un proveedor de atención de la salud? Sí No
- ¿Viene en ayunas hoy? Sí No
- ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con diabetes? Sí No

A partir de este evento yo:
 Haré cambios en mi estilo de vida Estoy indeciso en hacer cambios en mi estilo de vida No haré ningún cambio en mi estilo de vida

Este evento fue: Excelente Bueno Regular Mal

Entienda Sus Resultados:

¿Qué es la presión sanguínea?

- La presión sanguínea es la tensión de la sangre contra las paredes de las arterias. La tensión es creada por el corazón cuando este bombea sangre a todas las partes del cuerpo.
- La presión sanguínea se expresa en dos números. El número de arriba indica la presión Sistólica. El número de abajo indica la presión Diastólica.
- La presión Sistólica es la presión de la sangre en las arterias cuando el corazón bombea la sangre. La presión Diastólica es la presión en las arterias cuando el corazón está descansando y llenándose de sangre para el próximo latido.

¿Qué significa mi resultado de la presión sanguínea?

No existe un resultado "perfecto" de la presión arterial. Un resultado de presión sanguínea aceptable cae dentro de un promedio y no en un par de números en particular. La presión arterial que es menos de 120 y más de 80 es considerada normal para adultos. La presión arterial entre 120-139 sobre 80-89 es considerada pre hipertensión y debe ser monitoreada con mucho cuidado. El hacer ciertos cambios en el estilo de vida puede ayudar si Usted tiene pre hipertensión. Una presión arterial que se lea igual o más que 140 sobre 90 es considerada alta (hipertensión). Si su presión sanguínea es alta, nosotros recomendamos que llame a su proveedor de salud o que busque asistencia o tratamiento médico de inmediato.

¿Qué puedo hacer para bajar mi presión sanguínea?

- Comer una dieta saludable: comer frutas, vegetales, y productos lácteos bajos en grasa. Reduzca el consumo de alimentos con alto contenido en grasas saturadas, colesterol y grasas trans.
- Ser más activo/a—hacer ejercicio regularmente 150 minutos a la semana.
- Limitar el consumo de alcohol, 2 bebidas al día para hombres y una bebida al día para mujeres.
- Tomar los medicamentos de acuerdo a lo indicado por el médico
- Disminuir el nivel de estrés y practicar técnicas de relajación..
- Dejar de fumar.
- Bajar de peso si es posible.

El **Colesterol Total** es la medida de dos tipos de colesterol el "bueno" (HDL) y el "malo" (LDL) en su sangre tomado en un momento determinado. Si usted está sobre peso o tiene historial familiar de diabetes, sus niveles de glucosa deben ser revisados periódicamente.

- Los niveles deseados son <200 mg/dL

Glucosa (Azúcar en la sangre) es la medida del nivel de azúcar en su sangre. Si usted tiene sobrepeso o tiene familia con historial de diabetes, sus niveles de glucosa deben ser revisados periódicamente para ver si usted tiene diabetes.

- Los niveles de glucosa cuando en ayunas deben ser menos de 100 mg/dL

- Los niveles de glucosa deben ser menos de 140 mg/dL

¿Qué es la hemoglobina A1C?

A1C es un análisis de sangre utilizado para detectar la diabetes o prediabetes y refleja el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos 2-3 meses. También se usa en las personas que saben que tienen diabetes para medir qué tan bien están controlando su azúcar en la sangre y para guiar sus decisiones de tratamiento. Los resultados de las pruebas de laboratorio pueden variar dependiendo de su edad, sexo, historial de salud, el método utilizado para la prueba, y muchos otros factores. Si sus resultados son diferentes a los resultados sugeridos a continuación, puede ser que usted no tenga un problema. Su doctor le podrá explicar lo que significan los resultados.

¿Qué significan mis resultados de Hemoglobina A1C?

- Un A1C normal es considerado menos de 5.7 por ciento. Los resultados entre 5.7 and 6.4 por ciento pueden indicar que tiene prediabetes. Esto significa que tiene un mayor riesgo de desarrollar diabetes
- Los resultados de un 6.5 por ciento o más en dos ocasiones diferentes pueden significar que usted tiene diabetes

El BMI es una medida útil para el sobrepeso y la obesidad. Se calcula tomando su altura y su peso. El BMI es una medida aproximada de la grasa del cuerpo y un buen indicador de su riesgo a enfermedades que ocurren cuando existe más grasa corporal. Cuanto más alto es su BMI, más alto es su riesgo a ciertas enfermedades tales como enfermedades del corazón, presión sanguínea alta, diabetes tipo 2, cálculos biliares, problemas respiratorios, y ciertos tipos de cáncer.

Height	Weight (lbs.)		
4' 10"	119-142	143-190	191+
4' 11"	124-147	148-197	198+
5' 0"	128-152	153-203	204+
5' 1"	132-157	158-210	211+
5' 2"	136-163	164-217	218+
5' 3"	141-168	169-224	225+
5' 4"	145-173	174-231	232+
5' 5"	150-179	180-239	240+
5' 6"	155-185	186-246	247+
5' 7"	159-190	191-254	255+
5' 8"	164-196	197-261	262+
5' 9"	169-202	203-269	270+
5' 10"	174-208	209-277	278+
5' 11"	179-214	215-285	286+
6' 0"	184-220	221-293	294+
6' 1"	189-226	227-301	302+
6' 2"	194-232	233-310	311+
6' 3"	200-239	240-318	319+
6' 4"	205-245	246-327	328+
	(1 Point)	(2 Points)	(3 Points)
You weigh less than the amount in the left column (0 points)			

Adapted from Bang et al., *Ann Intern Med* 151:775-783, 2009.

Original algorithm was validated without gestational diabetes as part of the model.

Por favor contacte a la Investigadora Principal para cualquier pregunta o preocupación pertinente a sus derechos como participante en la evaluación y/o cómo los datos recopilados para MDC serán presentados y usados.

Investigadora Principal: Mónica Ibarra RN, BSN, Coordinadora del Programa para el Centro de Diabetes Móvil Nebraska Methodist College, 720 North 87th Street, Omaha, Nebraska 68114

Correo electrónico: monica.ibarra@methodistcollege.edu Teléfono: 402-354-7208

Evaluación del Centro de Diabetes Móvil (MDC)



Formulario de Consentimiento y Liberación

Su información de contacto personal sólo será utilizada para contactarle a usted para el seguimiento de resultados anormales

Yo, (por favor escriba en letra de molde) [REDACTED] por el presente solicito que el examen/los exámenes de evaluación de salud se me lleven a cabo por el Centro de Diabetes Móvil (MDC) y Nebraska Methodist College. Por este medio libero a el MDC y a Nebraska Methodist College, a los patrocinadores y a los voluntarios de cualquier y toda responsabilidad, incluyendo cualquier asunto o cosa realizada u omitido que puedan llegar a surgir durante las evaluaciones o de los datos derivados de los mismos. Entiendo que:

1. Los datos obtenidos de este examen deben ser considerados sólo como preliminares y no decisivos.
2. La responsabilidad de iniciar cualquier evaluación de seguimiento para detectar anomalías identificadas en el evento de evaluación de la salud cae sobre mí como la persona responsable de mi propia salud y no con ninguna organización participante.
3. El MDC y Nebraska Methodist College tendrán acceso a los resultados de mi examen con el propósito de determinar si estos resultados son anormales, me ayudaran en iniciar continuidad de tratamiento, y sugerencias de servicios cuando sea adecuado.
4. Ningún otro individuo ni agencia tendrá acceso a los resultados de mis pruebas sin mi permiso explícito y por escrito. Los datos acumulados pueden ser usados con el propósito de reportar y de investigación. He leído y comprendido los siguientes párrafos.
5. Puedo negarme a responder a cualquier pregunta que no esté directamente relacionada con los servicios prestados y aun así recibir los servicios.
6. He recibido el Aviso de las Prácticas de Privacidad y se me ha proporcionado una oportunidad para revisarlo.
7. Estoy de acuerdo en que un representante de Methodist me contacte para el seguimiento sobre los resultados de mi examen.
8. Reconozco que se tomaran fotos que se pueden utilizar con fines de comunicación por parte del MDC, Nebraska Methodist College, y/o NEBRASKA METHODIST HEALTH SYSTEM. [REDACTED] Escriba aquí sus iniciales si está de acuerdo.

Firma Del Participante: [REDACTED] Fecha: [REDACTED]

Escriba en letra de MOLDE su primer Nombre: [REDACTED] Escriba en letra de MOLDE su Apellido: [REDACTED]

Ciudad: [REDACTED] Estado: [REDACTED] Código postal: [REDACTED] Número de teléfono: [REDACTED]

Cuál es su raza/origen étnico:
 Africano Americano Asiático Indio Americano o nativo de Alaska Hispano o Latino
 Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacífico Blanco o caucásico Otro:

Diría que su salud es por lo general: <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy Buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	¿Fuma o mastica tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Bebe alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha visitado al doctor en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	--

Sus valores de evaluación hoy:

Pregunta:	Su respuesta	Puntos:	Su Resultado:
Su edad:	<input type="checkbox"/> Menor de 40 años <input type="checkbox"/> 40 – 49 años <input type="checkbox"/> 50 – 59 años <input type="checkbox"/> 60 años o mayor.....	= 0 puntos = 1 puntos = 2 puntos = 3 puntos	
Género :	<input type="checkbox"/> Femenino..... <input type="checkbox"/> Masculino u otro.....	= 0 puntos = 1 punto	
Si es femenino ¿ha sido diagnosticada con diabetes gestacional?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No.....	= 1 punto = 0 puntos	
Antecedentes Familiares de Diabetes (padres o hermanos):	<input type="checkbox"/> No..... <input type="checkbox"/> Sí	= 0 puntos = 1 punto	
¿Ha sido diagnosticado con presión alta sanguínea o está tomando medicamento para la presión alta sanguínea?	<input type="checkbox"/> No..... <input type="checkbox"/> Sí.....	= 0 puntos = 1 punto	
Su Presión Sanguínea hoy: _____/_____			
Cuál es su Índice de Masa Corporal (conocida por sus siglas en inglés como BMI) Peso: _____ Altura: _____	<input type="checkbox"/> Bajo Peso (menos de 18.5)..... <input type="checkbox"/> Peso Normal (18.5 – 24.9)..... <input type="checkbox"/> Sobre Peso (25 – 29.9)..... <input type="checkbox"/> Obeso (30 – 40)..... <input type="checkbox"/> Más de 40	= 0 puntos = 0 puntos = 1 punto = 2 puntos = 3 puntos	
Su BMI: _____			
¿Hace actividad física?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (MENOS 1 PUNTO!!!!).....	= 0 puntos = -1 punto	

Puntaje Total:
Sume los puntos (Y reste puntos si no hace actividad física), de las preguntas anteriores.

Si su Puntaje Total es más que o igual a 4, está en alto riesgo de Diabetes o Prediabetes no diagnosticada.
Si su Puntaje Total es más que o igual a 5, está en alto riesgo de Diabetes no diagnosticada.
Consulte a su proveedor de salud para el seguimiento de los análisis de sangre si su resultado es alto.

Coolesterol: [REDACTED] **HbA1C:** [REDACTED] **Glucosa sanguínea:** [REDACTED]

Marque con un círculo la respuesta apropiada:

¿Esta es su primera visita con el Centro de Diabetes móvil?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene un proveedor de atención de la salud?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Viene en ayunas hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha sido diagnosticado con diabetes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

A partir de este evento yo:
 Haré cambios en mi estilo de vida Estoy indeciso en hacer cambios en mi estilo de vida No haré ningún cambio en mi estilo de vida

Este evento fue: Excelente Bueno Regular Mal