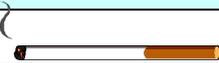
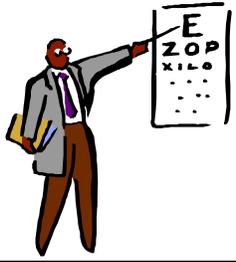


GATEWAY COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

Diabetes Patient Assessment

Nombre: _____ Número de Expediente # _____

Dirección: _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___ Fecha: _____

Fumando	
	¿Usted fuma? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Visitas Dentales	
	¿Le ha atendido el dentista después de la última visita a la clínica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	¿Tiene usted más de un año de no ver a un dentista? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Si usted recuerda aproximadamente la fecha de su última visita al dentista, por favor escríbala. Fecha: _____
Exámenes de la Vista	
	¿Le ha atendido algún doctor de los ojos después de la última visita a la clínica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	¿Tiene usted más de un año de no visitar a un doctor de los ojos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Si usted recuerda aproximadamente la fecha de su última visita al doctor de la vista, por favor escríbala. Fecha: _____
Auto-Manejo	
	¿Hace usted ejercicio regularmente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	¿Ha estado usted siguiendo su dieta de diabetes? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	¿Ha estado usted tomando sus medicamentos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sus Comentarios: _____	
Favor de entregar esta forma a la enfermera cuando se le llame al cuarto de examen	

Firma del Paciente: _____

Persona que realizó la entrevista: _____