

## Sección 12: Diabetes Mellitus

### Cuestionario

12.1	¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional sanitario le ha dicho a Ud. que ha tenido o que tiene o que padece de Diabetes o de azúcar alta en la sangre?	1. a. Si	<input type="checkbox"/>	12.5
		2. b. No	<input type="checkbox"/>	
		3. c. No recuerdo/No estoy seguro	<input type="checkbox"/>	
12.2	V. 1.1 si F ↓ M → 12.3 ¿Eso ocurrió cuando estuvo embarazada?	1. Si	<input type="checkbox"/>	
		2. No	<input type="checkbox"/>	
12.3	¿En estos momentos está llevando o haciendo algún programa o tratamiento para mantener controlado Diabetes/glicemia/azúcar?	1. Si	<input type="checkbox"/>	12.5
		2. No	<input type="checkbox"/>	
12.4	¿Qué tipo de tratamiento está llevando?	1. Medicamentos	<input type="checkbox"/>	
		2. Tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, peso)	<input type="checkbox"/>	
12.5	¿Antes de esta entrevista ¿por lo menos una vez le han medido (tomado, chequeado) la glicemia o la azúcar en sangre?	1. Si	<input type="checkbox"/>	13.1
		2. No	<input type="checkbox"/>	
		3. No recuerdo/No estoy seguro	<input type="checkbox"/>	
12.6	¿Cuándo fue la última vez que se midió la glicemia/azúcar?	1. Hace menos de 6 meses	<input type="checkbox"/>	
		2. Entre 6 y 12 meses atrás	<input type="checkbox"/>	
		3. Más de 12 meses	<input type="checkbox"/>	
		4. No recuerdo/No estoy seguro	<input type="checkbox"/>	



12.7	¿Qué tipo de <u>tratamiento sin medicamentos</u> Ud. está haciendo para bajar o para mantener controlado su Diabetes/glicemia?	1. Comer sin grasa o con menos grasa que antes.	<input type="checkbox"/>
		2. Haciendo ejercicios físicos regularmente.	<input type="checkbox"/>
		3. Bajando de peso o controlando el peso corporal.	<input type="checkbox"/>
		4. Aumentando el consumo de verduras.	<input type="checkbox"/>
		5. Otro.	<input type="checkbox"/>
		6. Ninguno.	<input type="checkbox"/>
12.8	¿Aproximadamente con qué frecuencia Ud. (o un familiar/amigo) se hace pruebas en la casa para detectar glucosa o azúcar EN SANGRE? No cuente las veces en que su médico u otro profesional le hace la prueba.	1. Veces por día	<input type="checkbox"/>
		2. Veces por semana	<input type="checkbox"/>
		3. Veces por mes	<input type="checkbox"/>
		4. Veces por año	<input type="checkbox"/>
		5. Ninguna.	<input type="checkbox"/>
		6. No recuerdo/No estoy seguro.	<input type="checkbox"/>
12.9	Medicamentos que está tomando para la diabetes. Muéstrelos. <b>Anótelos.</b>	1.	<input type="checkbox"/>
		2.	<input type="checkbox"/>
		3.	<input type="checkbox"/>
		4.	<input type="checkbox"/>
		5.	<input type="checkbox"/>
		6.	<input type="checkbox"/>
12.10	¿Ha oído hablar de hemoglobina glucosilada o de la hemoglobina "A" uno "C"?	1. Si	<input type="checkbox"/>
		2. No	<input type="checkbox"/>
		3. No recuerdo/No estoy seguro.	<input type="checkbox"/>



12.11	¿Aproximadamente cuántas veces, durante el pasado año, le han examinado/indicado un médico, una enfermera u otro profesional de la salud, la hemoglobina glicosilada?	1. Número de veces			
		2. Nunca			
		3. No recuerdo/No estoy seguro			
12.12	¿Generalmente puede disponer (hay en el mercado) de los medicamentos que le ha indicado su médico?	1. Sí y siempre.	<input type="checkbox"/>	3. Sí, pero con mucha dificultad.	<input type="checkbox"/>
		2. Sí, pero con un poco de dificultad.	<input type="checkbox"/>	4. No puedo disponer de ellos.	<input type="checkbox"/>
12.13	¿Generalmente puede disponer del dinero o de los medios para poder obtener los medicamentos que le ha indicado su médico?	1. Sí y siempre.	<input type="checkbox"/>	3. Sí, pero con mucha dificultad.	<input type="checkbox"/>
		2. Sí, pero con un poco de dificultad.	<input type="checkbox"/>	4. No puedo disponer de ellos.	<input type="checkbox"/>

