



PASAPORTE de Cuidados Crónicos



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la S.



paste your photo
here



**En caso de
emergencia
contacte a:**

Nombre

Número de teléfono

Nombre:

Dirección:

Correo Electrónico:

Centro de Salud:

Nombre del médico /enfermeras:

Correo Electrónico del médico:

Fecha de registro inicial (DD/MM/AA):

Nº Expediente:

Cédula Identidad:

Fecha de nacimiento (DD/MM/AA):

Estatura (cm):

Peso(Kg):

IMC al registro (M/KG²):

Sexo(M/F):

Alergias:

Por favor siga estas recomendaciones de estilo de vida saludables:

1 Si tiene diabetes siga un régimen de tres comidas y tres meriendas o colaciones diarias.



2 Modere la ingesta de carbohidratos, proteínas y sal.



3 Incremente el consumo de pescado, frutas y vegetales.



4 No fume y evite el consumo excesivo de alcohol.



Durante su chequeo medico su equipo de salud debe

1 Indicar y revisar los resultados de todos los exámenes de laboratorio pertinentes.

2 Medir su presión arterial en cada visita.

3 Pesarle en cada visita.

4 Realizar un examen de orina al año.

5 Si usted tiene diabetes, sus pies deben ser examinados en cada visita.

6 Revisar su patrón de alimentación y de actividad física.

7 Revisar su tratamiento con medicamentos.

8 Si usted usa insulina, revisar el sitio de inyección.

9 Brindarle la oportunidad de discutir cualquier otro problema de salud que usted pueda tener.

N° Expediente

Diagnóstico	Si/No	Fecha
Diabetes 		
Diabetes Gestacional 		
Hipertensión 		
Neuropatía 		
Infarto al Miocardio 		
Nefropatía 		
Colesterol elevado 		
Accidente cerebro vascular 		
Pie Diabético 		
Retinopatía 		
Amputaciones 		
Disfunción eréctil 		
Depresión 		
Cáncer 		
Enfermedad Pulmonar Crónica 		



CONSULTAS

Componente	Frecuencia	Cifra recomendada	Meta	Resultado	Meta	Resultado
Presión Arterial	Cada consulta	<140/90; si tiene diabetes <130/80				
Examen de Ojos	1 vez/ año	Oftalmólogo/ Optometrista				
Examen Dental	Cada 6 meses	Examen de dientes y encías				
Breve Examen del Pie	Cada consulta	Quitar medias y zapatos				
Examen del Pie completo	1 vez/ año	Examen clínico				
Peso / Circunferencia de cintura	Cada consulta	IMC 20-25* /M<94 cm; F<80 cm				
Vacunación anti gripal	1 vez/ año	Según disponibilidad				
Riesgo Cardiovascular	Cada consulta	<10%				
A1c	Cada 3-6 meses	<7%				
Glucemia Ayunas /Posprandial	Each visit	<130 mg/dl / <180 mg/dl				
Triglicéridos	1 vez/ año	<150 mg/ dl (1.7mmol/l)				
Colesterol total	1 vez/ año	<200 mg / dl (5.0mmol/l)				
Colesterol LDL	1 vez/ año	< 100 mg/ dl (<2.2mmol/l)				
Colesterol HDL	1 vez/ año	>40mg/dl (> 1.0mmol/l) hombres >50mg/dl (1.1mmol/l) mujeres				
Examen de orina	Cada consulta	Negativo. Tiras si están disponibles				
Proteinuria/ albuminuria	1 vez / año	<30 µg/mg				
Creatinina serica	1 vez / año	<1.4 mg/dl				
Electrocardiograma	1 vez / año	Normal				
Objetivos de tratamiento	Cada consultat	Discutir con el paciente				
Glicemia	Monitoreo	Recomendar según necesidad				
Alimentación saludable	Cada consulta	Recomendar siempre				
Tabaquismo (+/-)Uso de Alcohol (+/-)	Cada consulta	No usar				
Actividad Física	30', 5-7 veces/semana	Recomendar según indicación clínica				



LABORATORIO



EDUCACIÓN

Lista de intercambio de alimentos



1 **carbohidrato** (60 calorías) = ½ rebanada de pan, o 1 rebanada de pan tostado, o ½ pancito, o 3 galletas de soda, o ½ taza de arroz/ arroz con frijoles/fideos/ espagueti /macarrones



1 **Proteína** (100 calorías) = 1 muslo de pollo pequeño, o 2 rebanadas de pechuga de pollo, o 1 pedazo de pescado pequeño (6 ½ X 7 ½ cm) / carne de res / cabra/ cerdo / 5 camarones medianos, ½ taza de leche 2% / 60 g de yogurt



1 **Legumbre** (60 calorías) = 10 almendras, o 16 maníes o cacahuetes, o 7 semillas de marañón, o ¼ taza de guisantes o 2 cucharadas de frijoles



1 **Vegetal** (0 calorías) = Vegetales verdes crudos: coliflor o apio, pepinos, lechuga, tomate, espinaca, zapallo italiano,, todo cuanto pueda comer. Vegetales amarillos: ½ taza de zanahorias, calabazin, calabaza o zapallo



1 **Fruta** (40 calorías) = ½ toronja, 1 naranja, 1 mandarina, ½ banana, 1 marañón, 20 cerezas, 1 mango pequeño, ½ taza de papaya



1 **Grasa** (45 calorías): 1 cucharada de margarina, mantequilla de maní o aceite

Nº Expediente

Planes de alimentación						
	Desayuno	Merienda/colación	Almuerzo	Merienda/colación	Cena	Merienda/colación
Calorías						
Carbohidratos						
Proteínas						
Legumbres						
Vegetales						
Frutas						
Grasas						

Medidas Preventivas

	Fecha	Examen/Evaluación Riesgo	Pruebas
Cuello uterino			
Mama			
Próstata			



**USTED ES LA PERSONA MAS IMPOR-
TANTE EN SU EQUIPO DE ATENCION,
Y ES SU DEBER TRATAR DE ENTENDER
SU ENFERMEDAD. ESTE CONOCIMIEN-
TO LE VA A AYUDAR A ESTABLECER
SUS PROPIAS METAS Y SU PLAN JUNTO
A SU EQUIPO DE ATENCION.**

**Usted debe asegurarte de recibir todos
los cuidados incluidos en su lista. Si no
fuera así, por favor contacte a su equipo
de atención.**

Este documento fue preparado para el proyecto de mejoría de cuidados a la diabetes con contribuciones de Jamaica, Barbados, Trinidad & Tobago, Antigua, Anguilla, Belize, Guyana, St. Lucia and Suriname