



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



LABORATORIO



EDUCACIÓN

| Componente | Frecuencia | Cifra recomendada | Fecha | | Fecha | |
|--|-----------------------|--|-------|-----------|-------|-----------|
| | | | 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 | | | | |

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

N° 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