



PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DIABETES: FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Fecha de registro*: _____

*información requerida para completar la inscripción en REDCap

DETALLES DEL PARTICIPANTE

Nombre*		Teléfono de la casa <i>(incluir código de área)</i>
Segundo nombre		Teléfono celular <i>(incluir código de área)</i>
Apellido*		Teléfono del trabajo <i>(incluir código de área)</i>
Sobrenombre o nombre de preferencia		Correo electrónico
Sexo		Medio de contacto de preferencia <input type="checkbox"/> Teléfono de la casa <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal
Fecha de nacimiento* (MM/DD/AAAA)		
Dirección: Opción 1*		
Opción 2		
Ciudad		
Estado*	Código postal	

Nota: Para participar en el programa, debe ser mayor de 18 años (ver fecha de nacimiento)

Idioma

- Árabe
- Chino
- Inglés
- Español
- Otro
- Declino responder

Raza*

- Indio americano / Nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo de Hawaii u otra isla del Pacífico
- Negro o afroamericano
- Blanco o caucásico
- Prefiero no responder
- Otra

Origen étnico*

- No soy hispano ni latino
- Hispano o latino
- Prefiero no responder

Educación*

- Bachillerato incompleto
- Bachillerato completo o GED
(diploma de equivalencia general)
- Título universitario de dos años
- Título universitario
- Título de maestría
- Doctorado
- Título profesional (MD, JD, DDS, etc.)
- Otra

MIEMBRO ACTUAL DE LA YMCA	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
TIPO DE PAGADOR*	<input type="checkbox"/> Pago particular	<input type="checkbox"/> Pago particular y/o con ayuda financiera/subsidio
Pago directo		<input type="checkbox"/>
¿Cumple con las pautas federales de pobreza según los ingresos?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
		Nombre del pagador o financiador
		Nombre del empleador

FUENTE DE REMISIÓN

- Proveedor de atención médica
- Medios de comunicación/Marketing
- Evento de revisión médica o feria de salud
- Miembro del personal

ESTADO DEL PARTICIPANTE

- Inscrito
- En lista de espera
- Abandonó

Nombre de la clase/grupo

(use el mismo nombre para todos los participantes de una misma clase a fin de poder filtrarlos en los informes)

<input type="checkbox"/> Familiar/Amigo/Persona conocida <input type="checkbox"/> Empleador o compañía de seguros <input type="checkbox"/> Ex-participante del programa <input type="checkbox"/> Otra	Se recibió el formulario de autorización <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
--	---

ELEGIBILIDAD DEL PARTICIPANTE

Altura (pies)*[^]	Altura (pulgadas)*[^]	Peso*[^]	Índice de masa corporal (IMC)
-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------	--------------------------------------

[^]Información suministrada por el candidato

Nota: Para participar en el programa, el candidato **debe tener** un IMC ≥ 25 kg/m²; las personas asiáticas deben tener un IMC ≥ 23 kg/m²

CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO Y VALORES SANGUÍNEOS

Verifique los siguientes criterios en primer lugar. Si no dispone de esta información, proceda con la sección “Cumple con los criterios de personas en riesgo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC)” que sigue a continuación.

A1c (debe ser de 5.7% - 6.4%)

Glucosa en sangre en ayunas (debe ser de 100-125 mg/dL)

Glucosa en sangre 2 horas después de ingerir 75 g de glucosa (debe ser de 140-199 mg/dL)

Prediabetes determinada por diagnóstico de diabetes gestacional durante un embarazo previo No

Sí

No corresponde

Los valores sanguíneos deben tener menos de un año de antigüedad

Nota: Los candidatos que tengan algún valor sanguíneo dentro de los parámetros normales no podrán inscribirse en el programa, incluso si cumplen con los criterios de personas en riesgo (según la prueba de riesgo que sigue a continuación). Los valores sanguíneos son más precisos que las puntuaciones de nivel de riesgo utilizadas para la determinación del riesgo de diabetes.

CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE PERSONAS EN RIESGO DE LOS CDC

Complete las siguientes preguntas de acuerdo con las respuestas del candidato **solamente si** no dispone de la información de elegibilidad antes mencionada.

Por cada respuesta “Sí”, sume la cantidad de puntos que indica la tabla.	SÍ	NO
¿El candidato es una mujer que ha tenido un bebé con un peso mayor a las 9 libras (4 kg aprox.)?	1	0
¿Alguno de los padres del candidato tiene diabetes?	1	0
¿Alguno de los hermanos del candidato tiene diabetes?	1	0
¿El candidato pesa tanto o más de lo que indica la tabla para su altura? (consulte la tabla de la derecha)	5	0
¿El candidato tiene menos de 65 años y realiza poca o ninguna actividad física en general?	5	0
¿El candidato tiene entre 45 y 64 años?	5	0
¿El candidato tiene 65 años o más?	9	0
Puntuación total de nivel de riesgo (si es de 9 o más, califica para inscribirse en la categoría “En riesgo”)		

Tabla de pesos de personas en riesgo (el IMC debe calcularse mediante otro recurso)

Altura	Peso
4'10	129
4'11	133
5'0	138
5'1	143
5'2	147
5'3	152
5'4	157
5'5	162
5'6	167
5'7	172
5'8	177
5'9	182
5'10	188
5'11	193
6'0	199
6'1	204
6'2	210
6'3	216
6'4	221