

El Formulario de Entrada

Fecha (mm/dd/yyyy): _____

Nombre:	Apellido:
Correo electrónico:	Numero de teléfono: _____ - _____ - _____
Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy): ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Condado:	Etnia (marque uno): <input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> No Hispano/a
Raza (marque todo que aplica): <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negra o africana americana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii o otras islas de Pacifico <input type="checkbox"/> Blanca	Educacion (marque uno): <input type="checkbox"/> Menos de grado 12 <input type="checkbox"/> Un diploma de escuela secundaria o GED <input type="checkbox"/> Algunos créditos universitarios (1 -3 años) <input type="checkbox"/> Título de bachiller universitario (4 años or más) άέóñúζ
¿Como supiste de nosotros? (marque uno): <input type="checkbox"/> Familia/Amigos <input type="checkbox"/> El trabajo <input type="checkbox"/> Referencia del doctor <input type="checkbox"/> La compañía de seguros <input type="checkbox"/> Targeta de bienvenida <input type="checkbox"/> Organización comunitaria <input type="checkbox"/> Otro	
Estatura: _____ pies _____ pulgadas	Peso: _____ libras

Le han dicho por un medico que tiene pre diabetes, azúcar en la sangre elevada o diabetes límite?
(marque uno):

Si No

En caso afirmativo, que tipo de examen de sangre as realizo y lo que fue el resultado? (marque todas las que aplican)

- Prueba de glucose _____
- Prueba de hemoglobin A1c _____
- Glucosa en plasma medido 2 horas una carga de glucosa de 75g _____

No sabe / No recuerda

¿Si eres una mujer, le siempre han dicho por un médico que tenía Diabetes Mellitus gestacional (GDM) durante el embarazo? (marque uno):

Si

No

Cuestionario de los CDC para la detección de la prediabetes

Marque Si o No para contestar las preguntas

Pregunta:	SI	NO	Resultado (Solamente para Entrenador)
1. ¿Ha dado a luz a un bebe que haya pesado más de 9 libras al nacer			
2. ¿Tiene una hermana o hermano con diabetes?			
3. ¿Uno de sus padres tiene diabetes?			
4. ¿Busque su estatura en la tabla. Pesa usted lo mismo o más que lo señalado para su estatura?			
5. ¿Tiene menos de 65 años de edad y hace muy poco o nada de ejercicio en un día normal?			
6. ¿Tiene usted entre 45 y 64 años?			
7. ¿Tiene usted 65 años o más?			

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

Risk Score Total: _____ (high risk = 9 or more)

Eligible for Program (Yes or No)? _____

Assigned Participant ID # _____

Cohort # _____

Cuestionario

¿Donde estoy hoy?

Pensando en su actividad física y lo que comes hace tres meses, por favor contesta estas preguntas. Thinking about your physical activity and eating over the past three months, please answer the following questions. Escoje una respuesta para cada una de las preguntas.

(Marque "No sabe o se negó" si no sabe la respuesta o si no quiere contestar)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	No estoy de acuerdo	Muy en desacuerdo	No sabe o se negó
Come sano.	5	4	3	2	1	
Quiero aprender maneras de incorporar más alimentos saludables en mi dieta.	5	4	3	2	1	
Obtener al menos 150 minutos de actividad física cada semana	5	4	3	2	1	
Quiero ser más activos físicamente	5	4	3	2	1	
Estoy motivado a cambiar mi estilo de vida	5	4	3	2	1	