

Dos veces al año, realícese la prueba de hemoglobina A1C.

Es una prueba de sangre que mide su nivel promedio de azúcar en sangre en los últimos tres meses. Es diferente que los controles de azúcar en sangre que hace a diario. Es posible que necesite hacer esta prueba con más frecuencia si su nivel (número) es más de 7.

NIVEL DE A1C (NÚMERO)	DIAGNÓSTICO
Más de 6,4	Diabetes
5,7 a 6,4	Prediabetes
Menos de 5,7	Normal

Prueba de A1C 1 Fecha de la Prueba 1: mm / dd / yyyy Resultados de la Prueba de A1C 1:

Prueba de A1C 2 Fecha de la Prueba 2: mm / dd / yyyy Resultados de la Prueba de A1C 2:

¿Por qué debe controlar la diabetes?

Si se cuida y controla la diabetes, se sentirá mejor hoy y en el futuro. Cuando su nivel de azúcar en sangre (glucosa) está cerca de los valores normales, es más probable que:

- Tenga más energía
- Se sienta menos cansado y sediento
- Necesite orinar con menos frecuencia
- Sane mejor
- Tenga menos infecciones cutáneas o urinarias

Usted es el miembro más importante de su equipo de cuidado de la salud.

Usted es quien controla su diabetes cada día. Hable con su médico acerca de cómo puede controlar mejor su diabetes para mantenerse saludable.

Obtenga cuidados habituales para mantenerse saludable

Consulte a su equipo de cuidado de la salud al menos dos veces al año para detectar y tratar cualquier problema de manera temprana.

Algunos de los otros miembros del equipo que pueden serle de ayuda son:

- Dentista
- Médico especialista en diabetes
- Educador especialista en diabetes
- Oculista
- Podólogo
- Familiares y amigos
- Consejero sobre salud mental
- Enfermera
- Enfermera especializada
- Farmacéutico
- Trabajador social

En cada visita, asegúrese de solicitar:

- Control de presión arterial
- Examen de los pies
- Control de peso
- Revisión de su plan de cuidado personal

Una vez al año, asegúrese de solicitar:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prueba de colesterol | Fecha de la prueba: mm / dd / yyyy |
| <input type="checkbox"/> Examen completo de los pies | Fecha del examen: mm / dd / yyyy |
| <input type="checkbox"/> Examen dental para controlar dientes y encías | Fecha del examen: mm / dd / yyyy |
| <input type="checkbox"/> Examen de la vista con las pupilas dilatadas para detectar problemas visuales | Fecha del examen: mm / dd / yyyy |
| <input type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe | Fecha de vacunación: mm / dd / yyyy |
| <input type="checkbox"/> Examen de sangre y orina para detectar problemas renales | Fecha de la prueba: mm / dd / yyyy |

Al menos una vez en su vida debe recibir:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vacuna contra la neumonía | Fecha de vacunación: mm / dd / yyyy |
| <input type="checkbox"/> Las 3 dosis de la vacuna contra la hepatitis B | Fecha de finalización: mm / dd / yyyy |