



# FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LA DIABETES DEL PARTICIPANTE



**Parks & Recreation Department**  
Adapted Programs  
620 Laguna Street  
Santa Barbara, CA 93101  
(805) 564-5421  
[www.sbparksandrecreation.com](http://www.sbparksandrecreation.com)

Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

La información de inscripción que recibimos del participante anteriormente nombrado indica que el/la participante tiene diabetes y es **independiente en cuanto a su cuidado**. Por favor conteste las siguientes preguntas para que entendamos mejor las necesidades médicas del participante.

## CONDICIONES, SINTOMAS Y CAUSAS

Tipo de Diabetes     Tipo I     Tipo II                      Edad a la que se le diagnosticó \_\_\_\_\_

## PRUEBAS DE GLUCOSA EN LA SANGRE

¿El participante sabe cuando tiene demasiado bajo o alto el nivel de azúcar en la sangre?  Sí     No

¿El participante puede medirse correctamente el nivel de glucosa en la sangre?  Sí  No

Excepciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## PLAN DE CONTROL DE LA DIABETES

Necesita un bocadillo adicional:  Antes de hacer ejercicio     Después de hacer ejercicio  
 En otro momento (especifique) \_\_\_\_\_

Bocadillos preferidos \_\_\_\_\_

Comidas que debe evitar, sí las hay \_\_\_\_\_

Instrucciones para cuando se les proporcionen alimentos a todos los participantes \_\_\_\_\_

¿El participante puede medir y controlar completamente sus requisitos alimenticios?  Sí  No

Excepciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CONSUMO DE INSULINA

¿Cómo se le suministra la insulina al participante?  Inyecciones     Bomba     Inhalador     Oral     Otro

**Firma del participante o, para menores de edad y adultos dependientes, la del padre custodio o tutor legal:**

✓ Firma \_\_\_\_\_ Nombre Completo (letra de molde) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_