# Tabla de registro de chequeos de salud

## **Todas las citas de atención de salud**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Chequeo | Fecha(s) | Resultados | Niveles deseados y notas |
| revisión del plan de cuidado personal |  |  |  |
| prueba de A1C\* |  |  |  |
| chequeo de la presión arterial |  |  |  |
| chequeo del peso |  |  |  |
| revisión de los pies |  |  |  |
| revisión de los medicamentos |  |  |  |

**\*** La prueba de A1C generalmente se realiza cada 3 a 6 meses, o cuando lo recomiende su equipo de atención de salud.

## **Cada 6 meses**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Chequeo | Fecha(s) | Resultados | Niveles deseados y notas |
| examen dental |  |  |  |

## **Todos los años**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Chequeo | Fecha(s) | Resultados | Niveles deseados y notas |
| prueba de colesterol |  |  |  |
| pruebas de la función renal |  |  |  |
| examen de los ojos o fotos de la retina |  |  |  |
| examen completo de los pies |  |  |  |
| vacuna contra la gripe |  |  |  |

## **Según lo recomendado por su profesional de atención de salud**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Chequeo | Fecha(s) | Resultados | Niveles deseados y notas |
| vacuna contra la neumonía |  |  |  |
| vacuna contra la hepatitis B |  |  |  |
| vacuna contra la COVID-19 |  |  |  |

## Preguntas para su equipo de atención de salud

|  |
| --- |
|  |