

LIONS INTERNATIONAL DISTRICT 4-L1



NO: _____

Información para Prueba de Diabetes
y
Declaración Autorizada

Esta solicitud autoriza a una o todas las personas u Organización comprometidas con la realización de la prueba para la diabetes, mediante un pequeño pinchazo al dedo, usando la máquina Roche o la máquina TheraSense y liberando de cualquier responsabilidad. El Comité en conocimiento del Programa para Control de la Diabetes del Distrito 4-L1 está patrocinando esta prueba, en forma gratuita. Por favor, debe enterarse, que, aunque es pequeño el pinchazo a realizarse, podría llegar a infectarse. Así que, este pinchazo y alrededor del mismo, debe mantenerse limpio hasta que cicatrice completamente.

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Zip _____

Firma del Paciente: _____

Existe algun caso de Diabetes en su familia? Yes _____ No _____

Sexo: M ___ F ___ Edad _____ ORIGEN Etnico: _____ America-Africano _____ Caucásico
_____ Indio-Americano _____ Latino
_____ Asiático _____ Polinesio
_____ Otros

Fecha: _____ (Favor indicar si origen es múltiple)

Resultado del análisis: _____ mg/dL

Resultado de la Prueba de Diabetes

Name: _____ NO: _____

Fecha: _____

Resultado: _____ mg/dL

Hacer cita con su Médico
SI NO

Normal
70 - 110 mg/dL

Pre-Diabético
111 - 125 mg/dL

Diabético
mas de 126 mg/dL

Cualquier resultado mayor a 160 mg/dL deberá repetirse la prueba y visitar a su médico