

## Lions Diabetes Awareness Foundation of MD 35

Formulario de Consentir para Control del Azúcar en la Sangre

Condado: \_\_\_\_\_ Nombre **(Impreso)**: \_\_\_\_\_

Club: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ES SOLAMENTE UN CONTROL – NO ES DIAGNOSTICO**  
**Doy contento al Club de Leones para verificar el azúcar en la sangre**

Su Firma: \_\_\_\_\_ Testigo (si es niño): \_\_\_\_\_

**EVALUACION DE RIESGOS PARA LA SALUD (ponga un círculo en las respuestas)**

- (1) **Raza:** Blanco Negro o Africano Americano Asiático o Isleño del Pacifico Indio Americano o Nativo de Alaska Multirracial Origen Hispano Caribeño Otro: \_\_\_\_\_
- (2) **Cuál es su género:** Mujer Hombre
- (3) **Edad:** 0-10 11-18 19-40 41-60 60+ años
- (4) **Usted tiene:** ¿Alta presión de Sangre (incluso si tomas medicamentos)? ¿Si o No?  
¿Enfermedad de Riñón? Si o No
- (5) **Tiene historia familiar de:** ¿Diabetes? ¿Si o No? ¿Alta presión? ¿Si o No?  
¿Enfermedad de los ojos? ¿Si o No?
- (6) **¿Has tenido examen de los ojos?** ¿Si o No? Fecha del último examen con “dilatación” de los ojos  
 Mes \_\_\_\_/año \_\_\_\_
- (7) **Alguna vez se le diagnostico con:** Glaucoma Degeneración Macular Cataratas Retinopatía  
Diabética Agujero macular Retina desprendida Edema macular
- (8) **Has tenido cirugía en los ojos:** ¿Si o No? ¿Qué tipo de cirugía? \_\_\_\_\_
- (9) **¿Usted es Diabético?** No Tipo 1 Tipo 2 Gestacional Prediabetes Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ años  
 (Si contesto “No” a pregunta 9 ya terminaste las preguntas.)
- (10) **Tratamiento actual para sus diabetes:** Insulina Medicina Oral Control de dieta Nada
- (11) **Que fue su última A1C%?** \_\_\_\_\_

**Resultados del Control – Para uso Administrativo Solamente****La ultima vez que comió o tomo algo con azúcar? About** 3+ hrs. 2 hr. 1 hr.

Results	Normal Value	Referred?
_____	3 hours or longer (70-100 mg/dl)	Yes No
_____	2 hours (60-110 mg/dl)	Yes No
_____	1 hour (90-150 mg/dl)	Yes No

Blood Sugar Screener (Print name) \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

Referral refused by (client signature) \_\_\_\_\_

Camera # \_\_\_\_\_

Solamente Uso Administrativo  
Numero de Cámara: \_\_\_\_\_

Solamente Uso Administrativo  
Código de Identificación del participante \_\_\_\_\_

LIONS DIABETES AWARENESS FOUNDATION OF MD-35  
Fundación de Leones de Florida para Retinopatía Diabética  
Formulario de Consentimiento para Control

**Por Favor Imprima Claramente. Llene completamente el formulario**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre del participante (Imprima): \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Dirección correo electrónico: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Código postal (zip code): \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
¿Tiene Seguro Médico, incluyendo Medicare o Medicaid? ☐ Sí ☐ No  
¿Es usted diabético? Si o No Ultima vez del examen de ojos completos \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Por favor lea cuidadosamente lo siguiente. ¡Si hay algo que no entiende, por favor pregunte!**

El propósito de esta prueba de detección es identificar a las personas con niveles anormales de azúcar en la sangre y a las personas con afecciones oculares que pueden requerir un examen por parte de un oftalmólogo. **Esta prueba de detección no proporciona un diagnóstico.** Todas las imágenes serán revisadas por un especialista en retina (un médico que se especializa en examinar la parte posterior del ojo). Un pequeño porcentaje de participantes no podrá ser examinado debido a pupilas pequeñas u otras condiciones que limitan la capacidad de la cámara para ver la retina. Si esto ocurre, se le remitirá a un examen ocular que puede requerir gotas oftálmicas para la dilatación.

Se le comunicará con los resultados de su prueba de detección y una recomendación sobre si debe hacer un seguimiento con un proveedor médico y/o un oftalmólogo y cuando debe volver a hacerse la prueba de detección.

Al firmar a continuación, usted autoriza voluntariamente y sin compensación a la Fundación de Leones de Retinopatía Diabética de Florida a usar su información (evaluación de riesgos para la salud, evaluación, seguimiento, referencia, fotografiado, formularios de consentimiento e imágenes digitales de la retina) con fines estadísticos, actividades de investigación y/o fines educativos (presentación en una revista, capacitación y un afiche científico).

Al participar en esta evaluación, usted acepta asumir todos los riesgos de lesiones para usted mismo. También comprende que su evaluación de riesgos para la salud está destinada únicamente a fines educativos y no reemplaza la atención y el asesoramiento de un proveedor médico.

**Estoy de acuerdo con** lo anterior y me gustaría completar la evaluación de riesgos para la salud y participar en esta evaluación.

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Testigo:** \_\_\_\_\_

Se requiere la firma de un tutor, si se trata de un participante de menos de 18 años, o no es un menor emancipado.

**Comentarios:** \_\_\_\_\_

**Retina Screener: (Print name)** \_\_\_\_\_