



Registro de mi Diabetes

Tome el control de la diabetes

Período: del ___/___/___ al ___/___/___

Si encuentra este libro, por favor regréselo a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado

y código postal: _____

Teléfono: _____

**¿Preguntas o
comentarios?**



Centro de Distribución del
Departamento de Salud de RI
401-222-5852

William.Beauvais@health.ri.gov

SOY DIABÉTICO.

Año en que se le diagnosticó diabetes: _____

Tipo de diabetes (tipo 1/tipo 2): _____

En caso de emergencia, comunicarse con:

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Teléfono: _____

ALERGIAS

Alimentos: _____

Medicamentos: _____

Otras: _____

Farmacia:

N.º de teléfono:

MI EQUIPO DE CUIDADO DE LA DIABETES

Médico de atención primaria _____ Teléfono _____

Oftalmólogo _____ Teléfono _____

Podiatra _____ Teléfono _____

Odontólogo _____ Teléfono _____

**Médico especialista
en diabetes:** _____ **Teléfono** _____

MI EQUIPO DE CUIDADO DE LA DIABETES (continuación)

Instructor/es sobre la diabetes:

Enfermera _____ Teléfono _____

Dietista _____ Teléfono _____

Farmacéutico _____ Teléfono _____

MEDICAMENTOS*

Fecha de inicio	Medicamento	Dosis (¿Cuánto?)	Hora en que toma su medicina (a. m./p. m.)

* Consulte siempre a su médico o farmacéutico.

MEDICAMENTOS*

Fecha de inicio	Medicamento	Dosis (¿Cuánto?)	Hora en que toma su medicina (a. m./p. m.)

* Consulte siempre a su médico o farmacéutico.

PÁGINAS PARA REGISTROS DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Presión arterial normal: menos de 120/80

Prehipertensión: entre 120-139 / 80-89

Presión alta (hipertensión): 140/90 o más alta (en los diabéticos 120/80 o más)

Fecha	Hora (a. m./p. m.)	Lectura de presión arterial	Observaciones

La presión arterial de 180/110 o más alta es una crisis hipertensiva y requiere atención de emergencia.

PÁGINAS PARA REGISTROS DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Presión arterial normal: menos de 120/80

Prehipertensión: entre 120-139 / 80-89

Presión alta (hipertensión): 140/90 o más alta (en los diabéticos 120/80 o más)

Fecha	Hora (a. m./p. m.)	Lectura de presión arterial	Observaciones

La presión arterial de 180/110 o más alta es una crisis hipertensiva y requiere atención de emergencia.

CONTROLES DE LA DIABETES

(Consulte con su médico y el equipo de cuidado cuáles deben ser sus objetivos personales).

Examen/Prueba y Fechas	Objetivo*	Frecuencia	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado
A1c (Hemoglobin A1c)	<7	Cada visita al médico (2-4 veces/año)				
Presión arterial	<120/80 mmHg	Cada visita al médico (2-4 veces/año)				
Chequeo de los pies*		Diariamente y en cada visita al médico				
Peso		En cada visita al médico*				

* Refleja la guía del 2018 de los Estándares del Cuidado Médico de la Diabetes de la Asociación Americana de la Diabetes. Hable con su médico o con el equipo encargado del cuidado de su salud, en cuanto a sus metas para el tratamiento.

Examen/prueba y fechas	Frecuencia*	Fecha	Resultado
Examen de dilatación de la pupila	Cada 1 a 2 años		
Análisis de orina	Anual		
El perfil de lípidos incluye el total del colesterol LDL, HDL y triglicéridos	Anual		
Vacuna contra el flu	Anual		
Vacuna antineumocócica	Pregunte a su medico		
Examen Dental	Anual		

** Refleja la guía actual de la Asociación Americana de la Diabetes. Hable con su médico o con el equipo encargado del cuidado de su salud.*

¿Necesita ayuda para monitorear la diabetes?

¡Tome el control de la diabetes para siempre! La diabetes es una enfermedad que usted y su equipo de cuidado de la salud pueden controlar. Muchos factores pueden afectar sus niveles de azúcar en la sangre (glucosa), por ejemplo, la alimentación, los horarios de las comidas, los horarios y las dosis de la medicina, el estrés, las enfermedades, el ejercicio, la actividad física y los viajes. ¿De qué manera lo afecta esto? Su cuerpo deja de realizar la tarea de controlar y ajustar los niveles de azúcar en la sangre por su cuenta.

Si sigue las recomendaciones de su médico y del equipo de atención médica, puede recuperar el control de sus niveles de azúcar en la sangre. Un mejor control significa reducir las complicaciones de la diabetes, como enfermedades de los ojos, enfermedades renales o daños al sistema nervioso. Hable con su médico o el equipo de cuidado de la salud acerca de los niveles deseados y utilice el diario (adjunto) para registrar los resultados de las pruebas. Usted y su médico y/o el equipo de cuidados de la salud pueden usar esta información para adaptar su tratamiento y tomar mejores decisiones.

Es posible que haya talleres disponibles en su comunidad para ayudarlo a controlar su enfermedad.

Para obtener más información e inscribirse, llame al **401-432-7217** o envíe un correo electrónico a communityhealthnetwork@ripin.org.

REGISTRO DE RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE AZÚCAR EN LA SANGRE

Mis niveles deseados son: de _____ mg/dl a _____ mg/dl antes de las comidas
de _____ mg/dl a _____ mg/dl después de las comidas

(Columna de medicamentos: Si toma al menos 2 pastillas diferentes o usa insulina, escriba el nombre del medicamento y la cantidad que se administra).

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

REGISTRO DE RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE AZÚCAR EN LA SANGRE

Mis niveles deseados son: de _____ mg/dl a _____ mg/dl antes de las comidas
de _____ mg/dl a _____ mg/dl después de las comidas

(Columna de medicamentos: Si toma al menos 2 pastillas diferentes o usa insulina, escriba el nombre del medicamento y la cantidad que se administra).

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

REGISTRO DE RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE AZÚCAR EN LA SANGRE

Mis niveles deseados son: de _____ mg/dl a _____ mg/dl antes de las comidas
de _____ mg/dl a _____ mg/dl después de las comidas

(Columna de medicamentos: Si toma al menos 2 pastillas diferentes o usa insulina, escriba el nombre del medicamento y la cantidad que se administra).

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

REGISTRO DE RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE AZÚCAR EN LA SANGRE

Mis niveles deseados son: de _____ mg/dl a _____ mg/dl antes de las comidas
de _____ mg/dl a _____ mg/dl después de las comidas

(Columna de medicamentos: Si toma al menos 2 pastillas diferentes o usa insulina, escriba el nombre del medicamento y la cantidad que se administra).

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

REGISTRO DE RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE AZÚCAR EN LA SANGRE

Mis niveles deseados son: de _____ mg/dl a _____ mg/dl antes de las comidas
de _____ mg/dl a _____ mg/dl después de las comidas

(Columna de medicamentos: Si toma al menos 2 pastillas diferentes o usa insulina, escriba el nombre del medicamento y la cantidad que se administra).

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

REGISTRO DE RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE AZÚCAR EN LA SANGRE

Mis niveles deseados son: de _____ mg/dl a _____ mg/dl antes de las comidas
de _____ mg/dl a _____ mg/dl después de las comidas

(Columna de medicamentos: Si toma al menos 2 pastillas diferentes o usa insulina, escriba el nombre del medicamento y la cantidad que se administra).

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

REGISTRO DE RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE AZÚCAR EN LA SANGRE

Mis niveles deseados son: de _____ mg/dl a _____ mg/dl antes de las comidas
de _____ mg/dl a _____ mg/dl después de las comidas

(Columna de medicamentos: Si toma al menos 2 pastillas diferentes o usa insulina, escriba el nombre del medicamento y la cantidad que se administra).

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

REGISTRO DE RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE AZÚCAR EN LA SANGRE

Mis niveles deseados son: de _____ mg/dl a _____ mg/dl antes de las comidas
de _____ mg/dl a _____ mg/dl después de las comidas

(Columna de medicamentos: Si toma al menos 2 pastillas diferentes o usa insulina, escriba el nombre del medicamento y la cantidad que se administra).

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

REGISTRO DE RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE AZÚCAR EN LA SANGRE

Mis niveles deseados son: de _____ mg/dl a _____ mg/dl antes de las comidas
de _____ mg/dl a _____ mg/dl después de las comidas

(Columna de medicamentos: Si toma al menos 2 pastillas diferentes o usa insulina, escriba el nombre del medicamento y la cantidad que se administra).

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de la comida)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de la comida)		Medica- mentos	Cena (antes/después de la comida)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

REGISTRO DE RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE AZÚCAR EN LA SANGRE

Mis niveles deseados son: de _____ mg/dl a _____ mg/dl antes de las comidas
de _____ mg/dl a _____ mg/dl después de las comidas

(Columna de medicamentos: Si toma al menos 2 pastillas diferentes o usa insulina, escriba el nombre del medicamento y la cantidad que se administra).

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

REGISTRO DE RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE AZÚCAR EN LA SANGRE

Mis niveles deseados son: de _____ mg/dl a _____ mg/dl antes de las comidas
de _____ mg/dl a _____ mg/dl después de las comidas

(Columna de medicamentos: Si toma al menos 2 pastillas diferentes o usa insulina, escriba el nombre del medicamento y la cantidad que se administra).

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											



Recorte por la línea de puntos.

ES MOMENTO DE SOLICITAR UN NUEVO REGISTRO

Retire esta página y complete la información que se solicita atrás para ordenar un nuevo registro.

Es posible que haya talleres disponibles en su comunidad para ayudarlo a controlar su enfermedad. Para obtener más información e inscribirse, llame al Navegador para el paciente, en la

Red Comunitaria de salud al **401-432-7217** o envíe un correo electrónico a **communityhealthnetwork@ripin.org**.

CÓMO SOLICITAR UN NUEVO REGISTRO

Envíe por correo postal esta página con SU información a la siguiente dirección:

Dirección postal: RIDOH Distribution Center
3 Capitol Hill - Providence, RI 02908

Correo electrónico: William.Beauvais@health.ri.gov

Teléfono: 401-222-5852

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: (____) _____ - _____

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

REGISTRO DE RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE AZÚCAR EN LA SANGRE

Mis niveles deseados son: de _____ mg/dl a _____ mg/dl antes de las comidas
de _____ mg/dl a _____ mg/dl después de las comidas

(Columna de medicamentos: Si toma al menos 2 pastillas diferentes o usa insulina, escriba el nombre del medicamento y la cantidad que se administra).

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

REGISTRO DE RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE AZÚCAR EN LA SANGRE

Mis niveles deseados son: de _____ mg/dl a _____ mg/dl antes de las comidas
de _____ mg/dl a _____ mg/dl después de las comidas

(Columna de medicamentos: Si toma al menos 2 pastillas diferentes o usa insulina, escriba el nombre del medicamento y la cantidad que se administra).

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

Día	Medica- mentos	Desayuno (antes/después de comer)		Medica- mentos	Almuerzo (antes/después de comer)		Medica- mentos	Cena (antes/después de comer)		Medica- mentos	Hora de acostarse (al acostarse)
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											
Observaciones:											

CAMBIOS SALUDABLES

1. Incrementar la actividad física
2. Tener una alimentación más saludable y bajar de peso (si es necesario)
3. Dejar de fumar: www.quitnowri.com o 1-800-8-DEJALO (1-800-833-5256)
4. Limite el consumo de alcohol
5. Chequee sus pies
6. Monitoree el nivel de azúcar en la sangre

Es posible que haya talleres disponibles en su comunidad para ayudarlo a controlar su enfermedad. Para obtener más información e inscribirse, llame al Navegador para el paciente, en la Red Comunitaria de salud al 401-432-7217 o envíe un correo electrónico a communityhealthnetwork@ripin.org.

EQUIPOS Y SUMINISTROS PARA EL CONTROL DE LA DIABETES

Marca del medidor: _____

Marca de las tiras reactivas: _____

Marca de las lancetas: _____

Comuníquese con su seguro médico para obtener información sobre la cobertura.

CAMINE PARA MEJORAR SU SALUD

Caminar es una manera sencilla y gratuita de hacer ejercicio. Puede hacerlo en cualquier momento, lugar o clima. Caminar 10,000 pasos en total por día (cerca de 5 millas) puede ayudarlo a bajar de peso, mejorar la presión arterial y los niveles de colesterol y disminuir el riesgo de cáncer, diabetes, osteoporosis y enfermedades cardíacas. Una persona que camina 10,000 pasos por día quema entre 2,000 y 3,500 calorías adicionales por semana. Caminar lo ayuda a controlar la diabetes para que viva una vida más saludable por más tiempo.

RECOMENDACIONES PARA REALIZAR CAMINATAS*

- Use un calzado cómodo (zapatillas deportivas, mocasines) y calcetines. Salga a caminar con familiares, amigos o su mascota.
- Estacione lejos de la tienda o del supermercado O vaya caminando hasta allí.
- Recorra el interior de un centro comercial en verano para refrescarse y en invierno para mantenerse abrigado.
- Camine por el jardín o vaya caminando hasta la casa de un vecino para visitarlo.
- Levántese para cambiar el canal o apagar el televisor o el equipo de música (deje de usar el control remoto)
- Utilice las escaleras en lugar del ascensor.

** Las personas con diabetes son más propensas a desarrollar una neuropatía que causa una disminución de la sensibilidad en los pies, lo que significa que es posible que no sientan si se cortaron, si se les clavó un vidrio en el pie o si tienen un clavo dentro del zapato. Evite caminar descalzo para reducir el riesgo de sufrir lesiones en los pies.*

Consulte a su médico o equipo de cuidados de la salud, antes de iniciar un programa de ejercicios.

¿Necesita más información sobre los beneficios de caminar o las recomendaciones para realizar caminatas?

Visite la página de internet: www.thewalkingsite.com/beginner.html

SEGUIMIENTO DE ACTIVIDAD FÍSICA

Semana 1	Fecha Peso			
	Hora	Pasos	Millas	Calorías
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				
Total				

Semana 2	Fecha Peso			
	Hora	Pasos	Millas	Calorías
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				
Total				

Semana 3	Fecha Peso			
	Hora	Pasos	Millas	Calorías
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				
Total				

Semana 4	Fecha Peso			
	Hora	Pasos	Millas	Calorías
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				
Total				

SEGUIMIENTO DE ACTIVIDAD FÍSICA

Semana 5	Fecha				
	Peso	Hora	Pasos	Millas	Calorías
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					
Total					

Semana 6	Fecha				
	Peso	Hora	Pasos	Millas	Calorías
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					
Total					

Semana 7	Fecha Peso			
	Hora	Pasos	Millas	Calorías
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				
Total				

Semana 8	Fecha Peso			
	Hora	Pasos	Millas	Calorías
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				
Total				

RECURSOS PARA EL CUIDADO DE LA DIABETES

American Dental Association (Asociación Americana de Odontología) www.ada.org

American Diabetes Association www.diabetes.org / 1-800-DIABETES (800-432-2383)

American Heart Association (Asociación Americana de Cardiología) www.heart.org/ 1-800 AHA-USA1 (401)228-2320

American Podiatric Medical Association (Asociación Americana de Podiatría: www.apma.org

American Stroke Association (Asociación Americana del Derrame Cerebral): www.strokeassociation.org

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid : www.cms.gov/ 1-800-MEDICARE/1-800-633-4227

Division of Elderly Affairs RI (Departamento de Asuntos de la Tercera Edad), www.dea.ri.gov / 401-462-3000

Diabetes Prevention Program DPP, (Programa para la Prevención de la Diabetes) : 401-432-7217

Diabetes Resource Center at Saint Joseph Hospital (Centro de Recursos para la Diabetes en el hospital de San Jose) : 401-456-4419

Healthcentric Advisors [información sobre beneficios de Medicare]. 401-528-3200

IN-SIGHT Vision Rehabilitation [para personas con discapacidad visual] www.in-sight.org / 401-941-3322

Juvenile Diabetes Foundation (Fundación para la Diabetes Tipo 1/juvenil) www.jdrf.org/ 800-533-CURE (800-533-2873)

Medical Assistance RI (Medicaid) [asistencia médica] www.benefits.gov/ 401-462-5300

National Kidney Foundation (Fundación Nacional del Riñón) www.kidney.org/ 800-622-9010

Ocean State Center for Independent Living (Centro para la Vida Independiente Ocean State)

www.oscil.org/866-857-1161 / 401-738-1013

Rhode Island Department of Health www.health.ri.gov 401-222-5960

Rhode Island Dental Association (Asociación Dental de Rhode Island) www.ri.dental.com / 401-732-6833

Rhode Island Office of Rehabilitation Services (Oficina de Servicios de Rehabilitación): 401-421-7005

Rhode Island Podiatric Medical Association (Asociación Médica de Podiatría) www.rifootdoctors.com/
401-941-1142

University of Rhode Island Pharmacy Outreach Program (Universidad de Rhode Island, programa de alcance Farmaceutico): 800-215-9001 / 401874-2676

DESARROLLADO POR:

Consejo de Diabetes del Departamento de Salud de Rhode Island:

Blue Cross/Blue Shield of Rhode Island

Diabetes Foundation of Rhode Island (Fundación para la Diabetes de Rhode Island)

Diabetes Resource Center

Healthcentric Advisors

Lifespan

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Rhode Island Diabetes Multicultural Coalition (Coalición Multicultural para la Diabetes de Rhode Island)

Rhode Island Health Center Association (Asociación de Centros de Salud de Rhode Island)

UnitedHealthcare of New England

Revisado 2018



El programa de estilo de vida saludable conocido como Programa de Prevención de la Diabetes, es parte del Programa Nacional para la Prevención de la Diabetes, dirigido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Esta publicación se realizó con el apoyo de la subvención o el acuerdo de cooperación números DP005511 y DP004837, financiados por los CDC. Su contenido es responsabilidad exclusiva de los autores y no representa necesariamente las opiniones oficiales de los CDC.

**TOME EL CONTROL DE LA DIABETES...
¡USE ESTE REGISTRO!**



health.ri.gov