

Preventative Care

Vaccinations:

Date Received

- ☐ Pneumonia _____
- ☐ Td/Tdap _____
- ☐ Influenza _____
- ☐ Shingles _____

Cancer Screenings:

- ☐ Colonoscopy _____
- ☐ Mammogram _____
- ☐ Cervical _____
- ☐ Prostate _____

Diabetes Wellness:

2019 2020 2021

- Foot exam (check daily at home and once a year by doctor) ☐ ☐ ☐
- Dental exam ☐ ☐ ☐
- Retinal exam ☐ ☐ ☐

Medication List

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____



Live Well Lake County

Diabetes and Me: Health Passport

Name

Date of Birth

Cuidado Preventivo

Vacunas:

Fecha Que Se Aplicó

- ☐ Neumonía _____
- ☐ Td/Tdap _____
- ☐ Influenza _____
- ☐ Herpes _____

Exámenes de Detección del Cáncer:

- ☐ Colon _____
- ☐ Seno _____
- ☐ Cuello uterino _____
- ☐ Prostata _____

Bienestar de Diabetes:

2019 2020 2021

- Examen de pies (revisar diario en casa y una vez al año por el doctor) ☐ ☐ ☐
- Examen dental ☐ ☐ ☐
- Examen de retina ☐ ☐ ☐

Lista de Medicamentos

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

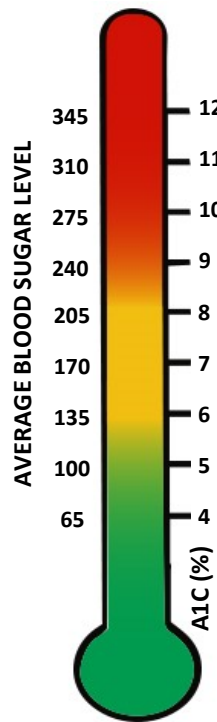


Live Well Lake County

Diabetes y Yo: Pasaporte de Salud

Nombre

Fecha de Nacimiento



How Is My A1c?

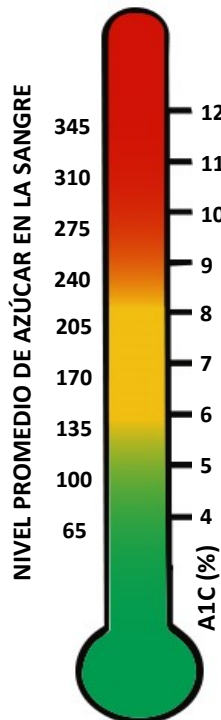
Poor control
(more than 8)

Be careful
(more than 6)

Good control
(less than 6)

MY HEALTH PROGRESS

DATE OF VISIT									
Provider Inputs	My Weight								
	My Blood Pressure (Goal: _____)								
	My A1c (Goal: _____)								
Using the scale below, at each visit, rate how you are doing with exercise, nutrition, and stress management									
How do I feel each visit about ...	Exercise								
	Nutrition								
	Managing Stress								
SCALE	4 = I'm doing great 3 = I'm doing good most of the time 2 = I'm doing good less than half the time 1 = I'm not doing good								



¿Cómo Está Mi A1c?

Mal control
(más de 8)

Ten cuidado
(más de 6)

Buen control
(menos de 6)

EL PROGRESO DE MI SALUD

FECHA DE VISITA									
Del Proveedor	Mi Peso								
	Mi Presión Arterial (Meta: _____)								
	Mi A1c (Meta: _____)								
Usando la escala abajo, en cada visita, evalúe como se siente con el ejercicio, la nutrición y el control de estrés									
Cada visita, ¿como me siento sobre el...?	Ejercicio								
	Nutrición								
	Control de Estrés								
ESCALA	4 = Muy bien 3 = Bien la mayor parte del tiempo 2 = Bien menos de la mitad del tiempo 1 = No muy bien								