

# ¿Tienes prediabetes?

- ¿Cuántos años tienes?**  
**Menos de 40 años (0 puntos)**  
**40–49 años (1 punto)**  
**50–59 años (2 puntos)**  
**60 años o más (3 puntos)**
- ¿Eres hombre o mujer?**  
**Hombre (1 punto) Mujer (0 puntos)**
- Si eres mujer, ¿alguna vez te han diagnosticado diabetes gestacional?**  
**Sí (1 punto) No (0 puntos)**
- ¿Tienes madre, padre, hermana o hermano con diabetes?**  
**Sí (1 punto) No (0 puntos)**
- ¿Alguna vez te han diagnosticado presión arterial alta?**  
**Sí (1 punto) No (0 puntos)**
- ¿Eres físicamente activo(a)?**  
**Sí (0 puntos) No (1 punto)**
- ¿Cuál es tu estado de peso? (consulta la tabla a la derecha)**

Escribe tu puntaje en el cuadro.











Suma tu puntaje.




ALTURA	PESO (LBS.)		
	(1 Punto)	(2 Puntos)	(3 Puntos)
4' 10"	119-142	143-190	191+
4' 11"	124-147	148-197	198+
5' 0"	128-152	153-203	204+
5' 1"	132-157	158-210	211+
5' 2"	136-163	164-217	218+
5' 3"	141-168	169-224	225+
5' 4"	145-173	174-231	232+
5' 5"	150-179	180-239	240+
5' 6"	155-185	186-246	247+
5' 7"	159-190	191-254	255+
5' 8"	164-196	197-261	262+
5' 9"	169-202	203-269	270+
5' 10"	174-208	209-277	278+
5' 11"	179-214	215-285	286+
6' 0"	184-220	221-293	294+
6' 1"	189-226	227-301	302+
6' 2"	194-232	233-310	311+
6' 3"	200-239	240-318	319+
6' 4"	205-245	246-327	328+
	(1 Punto)	(2 Puntos)	(3 Puntos)
Pesas menos que la cantidad en la columna de la izquierda (0 puntos)			

## Si obtuviste 5 puntos o más:

Tienes más probabilidades de tener prediabetes y estás en alto riesgo de diabetes tipo 2. Una simple prueba de sangre (A1C) puede determinar cuáles son tus niveles de glucosa.

Eres elegible para una prueba A1C GRATUITA\* en la oficina del Departamento de Salud Pública del Suroeste de Utah más cercana. Llama para hacer una cita:

Washington County (435) 986-2557  
 Iron County (435) 586-2437  
 Kane County (435) 644-2537  
 Beaver County (435) 435-2482  
 Garfield County (435) 676-8800

\* Durante Mayo de 2025 SOLAMENTE, con una puntuación de evaluación de 5 o más y sin diagnóstico previo de diabetes o prediabetes.

SOUTHWEST  
UTAH PUBLIC  
**HEALTH**  
DEPARTMENT



[swuhealth.gov/diabetes](http://swuhealth.gov/diabetes)

# Examen de salud A1C

Toda la información es confidencial

Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: Hombre or Mujer

¿Cómo aprendió sobre la prueba A1C en el Departamento de Salud Público? \_\_\_\_\_

¿Quiere información sobre clases o eventos de vida saludable online o en persona? Sí / No

En caso afirmativo, ¿cuál es la mejor manera de contactarle con respecto a estas clases o eventos? Email  
o Mensaje de Texto

## Información médica y de salud condicional

¿Tiene diabetes? Sí / No ¿Hipertensión arterial? Sí / No

¿Consume actualmente algún producto con nicotina? Sí / No

En caso afirmativo, marque con un círculo el tipo: Cigarrillos Vape Tabaco sin humo

## El Departamento de Salud cuenta con asociaciones adicionales para ayudar con la inseguridad alimentaria. Si le interesa recibir más información, responda las siguientes preguntas:

En los últimos 12 meses, ¿le preocupaba que se le acabaran los alimentos antes de tener dinero?

A menudo Cierto A veces Nunca No lo sé

En los últimos 12 meses, la comida que compramos simplemente no nos duró y no tuvimos dinero para comprar más. A menudo Cierto A veces Nunca No lo sé

## Consentimiento para Tratamiento y Aviso de Privacidad

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y exacta. Doy mi consentimiento para que se solicite el examen de bienestar. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la evaluación, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente. POR LA PRESENTE LIBERO AL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DEL SUDOESTE DE UTAH Y A SUS EMPLEADOS DE TODOS RECLAMOS QUE SURJAN DE DICHOS EXÁMENES.

Me ofrecieron una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud Pública y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se puede utilizar mi información.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Visite [swuhealth.gov/diabetes](http://swuhealth.gov/diabetes) para obtener más información.

IMPORTANTE: Estos resultados no están destinados al diagnóstico. Consulte con su proveedor de atención médica.

