

Número del líder(es): _____

Grupo de Apoyo

Día de la semana	Fecha	Hora que inició	Hora que terminó
Lun Mar Mié Jue Vie Sáb Dom	____ / ____ / ____ Mes Día Año	____ : ____ AM/PM	____ : ____ AM/PM

(1) ¿Qué temas se hablaron? (selecciona todos los que aplican)

























- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Control de la diabetes | <input type="checkbox"/> Dieta/nutrición | <input type="checkbox"/> Depresión o estrés |
| <input type="checkbox"/> Examen de glucosa en ayunas | <input type="checkbox"/> Ejercicio | <input type="checkbox"/> Referencia a servicios/ayuda |
| <input type="checkbox"/> HbA1c | <input type="checkbox"/> Apoyo Emocional | <input type="checkbox"/> Otro(s): |

(3) Ciudad:











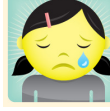



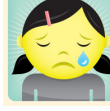


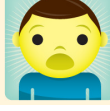
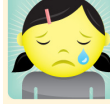


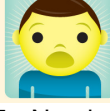
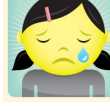






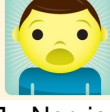
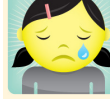

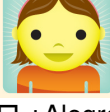
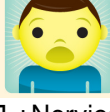
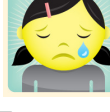

- Brawley
- Calexico
- El Centro
- Otro: _____

(4) Lugar:

- Casa
- Clínica
- En la comunidad _____
- Otro: _____

	Número del compañero	¿Cómo se sintió su compañero durante la visita? (seleccione uno)			
(1)	□ - □ □ □	 <input type="checkbox"/> ¿Alegre?	 <input type="checkbox"/> ¿Nervioso?	 <input type="checkbox"/> ¿Triste?	 <input type="checkbox"/> ¿No interesado?
(2)	□ - □ □ □	 <input type="checkbox"/> ¿Alegre?	 <input type="checkbox"/> ¿Nervioso?	 <input type="checkbox"/> ¿Triste?	 <input type="checkbox"/> ¿No interesado?
(3)	□ - □ □ □	 <input type="checkbox"/> ¿Alegre?	 <input type="checkbox"/> ¿Nervioso?	 <input type="checkbox"/> ¿Triste?	 <input type="checkbox"/> ¿No interesado?
(4)	□ - □ □ □	 <input type="checkbox"/> ¿Alegre?	 <input type="checkbox"/> ¿Nervioso?	 <input type="checkbox"/> ¿Triste?	 <input type="checkbox"/> ¿No interesado?
(5)	□ - □ □ □	 <input type="checkbox"/> ¿Alegre?	 <input type="checkbox"/> ¿Nervioso?	 <input type="checkbox"/> ¿Triste?	 <input type="checkbox"/> ¿No interesado?
(6)	□ - □ □ □	 <input type="checkbox"/> ¿Alegre?	 <input type="checkbox"/> ¿Nervioso?	 <input type="checkbox"/> ¿Triste?	 <input type="checkbox"/> ¿No interesado?

Número del líder(es): _____

(7)	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> ¿Alegre?	 <input type="checkbox"/> ¿Nervioso?	 <input type="checkbox"/> ¿Triste?	 <input type="checkbox"/> ¿No interesado?
(8)	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> ¿Alegre?	 <input type="checkbox"/> ¿Nervioso?	 <input type="checkbox"/> ¿Triste?	 <input type="checkbox"/> ¿No interesado?
(9)	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> ¿Alegre?	 <input type="checkbox"/> ¿Nervioso?	 <input type="checkbox"/> ¿Triste?	 <input type="checkbox"/> ¿No interesado?
(10)	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> ¿Alegre?	 <input type="checkbox"/> ¿Nervioso?	 <input type="checkbox"/> ¿Triste?	 <input type="checkbox"/> ¿No interesado?
(11)	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> ¿Alegre?	 <input type="checkbox"/> ¿Nervioso?	 <input type="checkbox"/> ¿Triste?	 <input type="checkbox"/> ¿No interesado?
(12)	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> ¿Alegre?	 <input type="checkbox"/> ¿Nervioso?	 <input type="checkbox"/> ¿Triste?	 <input type="checkbox"/> ¿No interesado?
(13)	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> ¿Alegre?	 <input type="checkbox"/> ¿Nervioso?	 <input type="checkbox"/> ¿Triste?	 <input type="checkbox"/> ¿No interesado?
(14)	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> ¿Alegre?	 <input type="checkbox"/> ¿Nervioso?	 <input type="checkbox"/> ¿Triste?	 <input type="checkbox"/> ¿No interesado?
(15)	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> ¿Alegre?	 <input type="checkbox"/> ¿Nervioso?	 <input type="checkbox"/> ¿Triste?	 <input type="checkbox"/> ¿No interesado?

Notas