

**EL PROYECTO DE EQUIDAD EN LA DIABETES**  
**PROMOTORA DE SALUD (DIABETES)**  
**SEGUNDA VISITA**



Cuanto tiempo a estado viniendo con la Promotora de Salud (Diabetes)?

Fecha: \_\_\_\_\_

MENOS DE 3 MESES

POR LO MENOS 3 MESES, PERO MENOS DE UN AÑO

MAS DE UN AÑO

| Nombre y Numero de teléfono (opcional) _____  | 1<br> | 2 | 3 | 4<br> |
|---|--|---|---|--|
| 1. Fue tratado con compasión y respeto hoy?   | 0  | 0 | 0 | 0  |
| 2. Durante su visita hoy, ha sido mas su entendimiento de su cuidado diabético?   | 0  | 0 | 0 | 0  |
| 3. Siente que usted podría comunicarse con la Promotora de Salud para hacerle preguntas acerca de su cuidado de diabetes? | 0  | 0 | 0 | 0  |
| 4. Siente que este es un programa que usted podría recomendar a algún amigo o familiar que tenga diabetes también?        | 0  | 0 | 0 | 0  |
| Comentarios: _____  |  |   |   |  |



Cuanto tiempo a estado viniendo con la Promotora de Salud (Diabetes)?

Fecha: \_\_\_\_\_

MENOS DE 3 MESES

POR LO MENOS 3 MESES, PERO MENOS DE UN AÑO

MAS DE UN AÑO

| Nombre y Numero de teléfono (opcional) _____  | 1<br> | 2 | 3 | 4<br> |
|---|--|---|---|--|
| 1. Fue tratado con compasión y respeto hoy?   | 0  | 0 | 0 | 0  |
| 2. Durante su visita hoy, ha sido mas su entendimiento de su cuidado diabético?   | 0  | 0 | 0 | 0  |
| 3. Siente que usted podría comunicarse con la Promotora de Salud para hacerle preguntas acerca de su cuidado de diabetes? | 0  | 0 | 0 | 0  |
| 4. Siente que este es un programa que usted podría recomendar a algún amigo o familiar que tenga diabetes también?        | 0  | 0 | 0 | 0  |
| Comentarios: _____  |  |   |   |  |



Cuanto tiempo a estado viniendo con la Promotora de Salud (Diabetes)?

Fecha: \_\_\_\_\_

MENOS DE 3 MESES

POR LO MENOS 3 MESES, PERO MENOS DE UN AÑO

MAS DE UN AÑO

| Nombre y Numero de teléfono (opcional) _____  | 1<br> | 2 | 3 | 4<br> |
|---|--|---|---|--|
| 1. Fue tratado con compasión y respeto hoy?   | 0  | 0 | 0 | 0  |
| 2. Durante su visita hoy, ha sido mas su entendimiento de su cuidado diabético?   | 0  | 0 | 0 | 0  |
| 3. Siente que usted podría comunicarse con la Promotora de Salud para hacerle preguntas acerca de su cuidado de diabetes? | 0  | 0 | 0 | 0  |
| 4. Siente que este es un programa que usted podría recomendar a algún amigo o familiar que tenga diabetes también?        | 0  | 0 | 0 | 0  |
| Comentarios: _____  |  |   |   |  |