

# Determinación del riesgo de diabetes gestacional

Indicaciones: Marque todas las casillas que correspondan

Gestacional = durante el embarazo

Edad:	<input type="checkbox"/> Menos de 25 años	<input type="checkbox"/> 25-34 años	<input type="checkbox"/> 35 años o más
Raza/Etnia:	<input type="checkbox"/> Caucásica	<input type="checkbox"/> Latinoamericana <input type="checkbox"/> Nativo americana <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Asiática americana	
IMC antes del embarazo	<input type="checkbox"/> IMC 18.5-24.9	<input type="checkbox"/> IMC 25-29.9	<input type="checkbox"/> IMC 30 o más
¿Su madre o hermanas han tenido diabetes?	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene un historial de azúcar en la sangre anormal?	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí (o sea, antecedentes de diabetes gestacional)
¿Ha tenido más de 1 aborto espontáneo o una muerte fetal?	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
¿Ha tenido un bebé de 9 libras o más?	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
¿Le han dicho que tiene muchos quistes en los ovarios?	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí

Sume todos los puntos de cada columna



Cada respuesta de esta columna vale 0 puntos



Cada respuesta de esta columna vale 1 punto



Cada respuesta de esta columna vale 2 puntos

Resultado final del paciente

Resultado de 0-1  
BAJO riesgo

Resultado de 2-3  
Riesgo MODERADO

Resultado de 4 o más  
ALTO riesgo

¿Estaría interesada en hablar sobre esta calificación con su doctor?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No estoy interesada				Algo interesada					Muy interesada

