Factores de riesgo de la diabetes tipo 2	Si contestó "Sí", ponga una **X** aquí	Lo que voy a hacer para reducir el riesgo
Riesgos que usted NO PUEDE controlar		
1. Edad: _____ ¿Tiene más de 45 años? **Sí o No**		
2. Grupo racial o étnico: ¿Es usted afroamericano, latino/hispanoamericano, indio americano o de las islas del Pacífico? **Sí o No**		
3. ¿Tiene algún **familiar** con diabetes tipo 2? **Sí o No**		
4. ¿Tuvo un bebé que **pesó 9 libras** o más al nacer? **Sí o No**		
5. ¿Alguna vez ha tenido diabetes gestacional? **Sí o No**		
Riesgos que usted <u>PUEDE</u> controlar		
1. Índice de masa corporal: _____ ¿Es su índice de masa corporal más de 25? **Sí o No**		
2. Cintura: ___ cm/pulgadas ¿Mide su cintura más de 35 pulgadas? **Sí o No**		
3. Hago ___ minutos (total) de **actividad física** por semana ¿Hace **menos de 150 minutos** de actividad física por semana? **Sí o No**		
4. Presión arterial: ___mm Hg ¿Es su presión arterial superior a **140/90?** **Sí o No**		
5. **Total de niveles de colesterol**_____ mg/dL **Sí o No** (más de 200 mg/dL) **Triglicéridos** _____mg/dL **Sí o No** (más de 150 mg/dL) **LDL** _____mg/dL **Sí o No** (más de 100 mg/dL) **HDL** _____mg/dL **Sí o No** (menos de 55 mg/dL para las mujeres)		
6. ¿**Fuma** usted? **Sí o No**		
7. ¿Le han diagnosticado alguno de los siguientes? Prediabetes **Sí o No** Síndrome metabólico **Sí o No** Acantosis pigmentaria **Sí o No**		