



Yearly Diabetes Tracker

I've got this! Bring this card to every provider visit!

My A1c goal is: (provider will fill in) _____

	Date	New A1c Level	Blood Pressure (Goal 130/80-140/90)	Foot Check
Visit 1				
Visit 2				
Visit 3				
Visit 4				

Test	When to test	Date	Results		
Cholesterol	Every Year		HDL	LDL	Triglycerides
Diabetic Eye Exam					
Kidney Function Test					



Registro Anual de Diabetes

¡Lo tengo! Lleve esta tarjeta a cada visita al proveedor!

Mi objetivo de A1c es: (el proveedor médico completará): _____

	Fecha	Nuevo nivel de A1c	Presión arterial (Objetivo 130/80-140/90)	Control de los pies
Visita 1				
Visita 2				
Visita 3				
Visita 4				

Prueba	Cuando hacer la prueba	Fecha	Resultados		
Colesterol	Todos los años		HDL	LDL	Triglicéridos
Examen de ojo diabético					
Prueba de función renal					

Submitting a completed tracker with the completed information below will convert this form into a "Golden Ticket to Health", entering you into Sendero's annual sweepstakes* for a \$1,000 gift card. Send us the form in the enclosed addressed envelope, scan QR code, or contact the Community Health Worker line at 512- 978-9270 for assistance.



YOUR INFORMATION

Member Name

DOB

Sendero ID

Address

Phone

Email

Circle best contact method we may reach you at if you are a winner

FOR YOUR DOCTOR

Date of visit(s)

Practitioner/ Clinic Name

Phone

Stamp or Signature attesting I am placing a copy of this form in the member's medical record

**Must be a member with no payments past due to enter. Only one \$1,000 gift card is allotted per member. All entries must be received or postmarked by December 2, 2024. Other rules and restrictions may apply.*

Al enviar un registro completo con la información siguiente completa, este formulario se convertirá en un "Boleto dorado a la salud", que lo hace participar en nuestro sorteo anual* de Sendero por una tarjeta de regalo de \$1,000. Envíenos el formulario en el sobre con dirección adjunto, escanear código QR, o comuníquese con la línea de Trabajadores Comunitarios de la Salud al 512-978-9270 para



SU INFORMACIÓN

Nombre del miembro

Fecha de nacimiento

Identificación de Sendero

Dirección

Teléfono

Correo electrónico

Encierre en un círculo el mejor método de contacto con el que podemos comunicarnos con usted si resulta ganador

PARA SU DOCTOR

Fecha de la(s) visita(s)

Nombre del profesional de la salud/clínica

Teléfono

Sello o firma que certifica que estoy colocando una copia de este formulario en la historia clínica del miembro

**Para participar, debe ser un miembro y no deber ningún pago. Solo se asigna una tarjeta de regalo de \$1,000 por miembro. Todas las inscripciones deben recibirse o tener matasellos antes del 2 de diciembre de 2024. Pueden aplicarse otras reglas y restricciones.*