

Mi registro de glucosa en la sangre

Imprima este registro para anotar sus valores diarios de glucosa en la sangre. Lleve sus últimos registros a todas las citas con el médico.

REGISTRO DE GLUCOSA EN LA SANGRE												
Día	Desayuno			Almuerzo			Cena			Noche (si es necesario)		Qué estaba haciendo
	Antes	2 horas después		Antes	2 horas después		Antes	2 horas después		A la hora de dormir	A mitad de la noche	
	Hora	Valor	Hora	Valor	Hora	Valor	Hora	Valor	Hora	Valor	Hora	Valor
Domingo												
Lunes												
Martes												
Miércoles												
Jueves												
Viernes												
Sábado												

Comentarios: _____

Haga copias adicionales de esta tabla antes de utilizarla por primera vez.

Este manual no tiene la intención de reemplazar la atención médica profesional. Solo su médico puede diagnosticar y tratar un problema de salud.
 ©2007, 2008, 2010, 2011, 2012, 2013, 2015, 2018 StayWell, LLC. www.staywell.com 800-333-3032 Todos los derechos reservados. Made in the USA.