REGISTRO DE AZÚCAR EN LA SANGRE Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Albumina glucosilada: _____ (GA, por sus siglas en inglés)

Tipo de Diabetes Mellitus: _____ (DM, pos sus siglas en inglés)

Obstetra principal: _____ (OB, por sus siglas en inglés)

FECHA	3 a.m.	En ayunas	1 hora después del desayuno	Antes del almuerzo	1 hora después del almuerzo	Antes de la cena	1 hora después de la cena	Hora de acostarse	Insulina/dosis de medicación	Comentarios

Metas de azúcar en la sangre:
En ayunas 60-90
1 hora después de cada comida, 140 o menos

Llame a su doctor: Si su nivel de azúcar en la sagre es inferior a 60 o superior a 140 durante tres lecturas seguidas o en un patrón
Si tiene dos o más reacciones de hipoglucemia en una semana
Si tiene una lectura superior a 200

NÚMERO DE FAX DE ENFERMERA: 330-543-8138
LÍNEA TELEFÓNICA DE ENFERMERA: 330-543-4570

Preguntas: _____
_____