

Diario del nivel de azúcar en la sangre en el hogar

Usted puede completar en línea este formulario y, luego, imprimirlo para tener una referencia rápida. Únicamente el texto visible en el formulario figura en la versión impresa; el texto desplegable no figurará en la versión impresa. Cualquier texto que usted ingrese en estos campos se borrará cuando cierre el formulario; no puede guardarlo.

Nombre: _____ Límites ideales de azúcar en la sangre: _____ a _____.

Lleve un registro diario de su nivel de azúcar en la sangre.

Semana de _____.	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Hora (desayuno)							
Azúcar en la sangre							
Medicamento							
Hora (almuerzo)							
Azúcar en la sangre							
Medicamento							
Hora (cena)							
Azúcar en la sangre							
Medicamento							
Hora (al acostarse)							
Azúcar en la sangre							
Medicamento							

Añada cualquier comentario abajo.