

MI REGISTRO DE COMIDAS

Fecha: ___/___/___

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

* Horrios Para Verificar el Azúcar Sanguíneo

ALIMENTO/ CANTIDAD [Ejemplo]	GRAMOS DE CARBOHIDRATOS
Avena – ¾ taza	22
Pasas – 2 cucharadas	15
Café – 1 taza	0
Total	37

HORA	AZUCAR SANGUINEO	DOSIS DE INSULINA	ALIMENTO/CANTIDAD	GRAMOS DE CARBOHIDRATOS
	* <u>Antes del Desayuno</u>	Cetonas	<u>Desayuno</u>	
	* <u>Después del Desayuno</u>		TOTAL	
			<u>Entremés de la Mañana</u>	
			TOTAL	
	* <u>Después del Almuerzo</u>		<u>Almuerzo</u>	
			TOTAL	
			<u>Entremés de la Tarde</u>	
			TOTAL	
	* <u>Después de La Cena</u>		<u>Cena</u>	
			TOTAL	
			<u>Entremés Antes de Dormir</u>	
			TOTAL	