

# 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.



© 1995-2018 Healthwise, Incorporated. Healthwise, Healthwise para cada decisión de la salud y el logo de Healthwise son marcas comerciales de Healthwise, Incorporated.

Esta información no reemplaza el consejo de un médico. Healthwise, Incorporated, niega toda garantía o responsabilidad por el uso que usted le dé a esta información.