

Registro de los niveles de azúcar en la sangre



Queremos apoyar sus metas de niveles de azúcar en la sangre. Usted y su médico decidirán **cuáles** son sus metas y **con qué frecuencia** revisará su nivel de azúcar en la sangre. Lleve este registro a **su siguiente consulta médica**.

NOMBRE: _____

SEMANA DEL: _____

REGISTRO DE LOS NIVELES DE AZÚCAR EN LA SANGRE

Escriba los **resultados de sus niveles de azúcar en la sangre** en la columna de **"Nivel de azúcar en la sangre"**.

Si toma insulina, escriba las **unidades** en la columna de **"Unidades"**.

MIS METAS DE NIVELES DE AZÚCAR EN LA SANGRE

En ayunas o antes de tomar alimentos: _____

1 o 2 horas después de comer: _____

	DOMINGO		LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO	
	Nivel de azúcar en la sangre	Unidades	Nivel de azúcar en la sangre	Unidades	Nivel de azúcar en la sangre	Unidades	Nivel de azúcar en la sangre	Unidades	Nivel de azúcar en la sangre	Unidades	Nivel de azúcar en la sangre	Unidades	Nivel de azúcar en la sangre	Unidades
ANTES DEL DESAYUNO														
DESPUÉS DEL DESAYUNO														
ANTES DEL ALMUERZO														
DESPUÉS DEL ALMUERZO														
ANTES DE LA CENA														
DESPUÉS DE LA CENA														
ANTES DE ACOSTARSE														
DURANTE LA NOCHE														

¿Tiene alguna pregunta? Llame a los Programas de Salud de Alliance • De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
 Número de teléfono: **1.510.747.4577** • Línea gratuita: **1.855.891.9169**
 Personas con impedimentos auditivos y del habla (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**
www.alamedaalliance.org

