**Nombre:**_____

**Chart No:**_____

**Teléfono:**_____

# AGENDA DE AZÚCAR SANGUÍNEO

Tiempo habitual: _____ _____ _____ _____

| Dia / FECHA | DESAYUNO | | Otro | ALMUERZO | | Otro | CENA | | Otro | HORA DE DORMIR | COMMENTARIOS: | Insulina Tomada | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Antes de comer | 1 o 2 horas después | | Antes de comer | 1 o 2 horas después | | Antes de comer | 1 o 2 horas después | | | *Ejercicio, comidas grandes/pequeñas, o comidas faltadas; enfermedad, estrés, azúcar sanguine bajo y como tratada o algo anormal.* | Desa-yuno | Almu-erzo | Cena | Hora de dormir |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |