Nombre:_____ **AGENDA DE AZÚCAR SANGUÍNEO**

Chart No:_____

Teléfono:_____

Dosis y medicamentos de diabetes:_____

Tiempo habitual : _____ _____ _____ _____

Dia / FECHA	DESAYUNO		Otro	ALMUERZO		Otro	CINE		Otro	HORA DE DORMIR	COMMENTARIOS: *Ejercicio, comidas grandes/pequeñas, o comidas faltadas; enfermedad, estrés, azúcar sanguine bajo y como tratada o algo anormal.*	PRESIÓN
	Antes de comer	1 o 2 horas después		Antes de comer	1 o 2 horas después		Antes de comer	1 o 2 horas después				

BG Log 1