



Cornerstones4Care
Diabetes Punto por Punto

Su registro de azúcar en la sangre

Un diario de azúcar en la sangre



Mis números de A1C

Mi A1C más reciente:

Fecha:

Mi objetivo de A1C:

Mis objetivos de azúcar en la sangre

Antes de las comidas:

1-2 horas después de comer:



Mis medicinas para la diabetes

- Estoy tomando insulina de acción prolongada
- Estoy tomando insulina a la hora de las comidas
- Estoy tomando medicina para la diabetes sin insulina

Su registro de azúcar en la sangre

Monitorear su azúcar en la sangre es una buena manera para que usted y su equipo del cuidado de la diabetes vean qué tan bien está funcionando su plan de cuidado de la diabetes. Este registro puede ayudarle.

Llévelo a las visitas con su equipo del cuidado de la diabetes. Compartirlo les ayuda a todos a evaluar su progreso.

Su registro de azúcar en la sangre Fecha: / /

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

Medicinas Consumidas	Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse		Noche	
	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
Carbohidratos consumidos en Dosis de insulina a la hora de las comidas Dosis de insulina de acción prolongada	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades

MIÉRCOLES

Medicinas Consumidas	Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse		Noche	
	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
Carbohidratos consumidos en Dosis de insulina a la hora de las comidas Dosis de insulina de acción prolongada	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades

JUEVES

Medicinas Consumidas	Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse		Noche	
	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
Carbohidratos consumidos en Dosis de insulina a la hora de las comidas Dosis de insulina de acción prolongada	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades	unidades

*Llévelo y su equipo del cuidado de la diabetes durante las visitas para controlar su nivel de azúcar en la sangre.

Si su médico agregó insulina a su plan de cuidado de la diabetes, vaya **al final de esta publicación** para encontrar guías para monitorear y ajustar la insulina a la hora de las comidas y comenzar la insulina de acción prolongada según las instrucciones de su médico.

Guía para ajustar su insulina a la hora de las comidas

Si su médico le indicó que ajuste su dosis de insulina a la hora de las comidas, pídale que complete esta sección para usted y lo guíe a través del ejemplo. **Cambie o ajuste su dosis a la hora de las comidas solo según las instrucciones de su médico.**

1 Día 1 dosis inicial:

2 Cuando usar insulina a la hora de las comidas:

3 Cuando revisar su azúcar en la sangre:

4 Si su lectura del azúcar en la sangre es:

o menos (ejemplo: 80 o menos) **Fastar** ___ unidades

Entre ___ y ___ (ejemplo: entre 81 y 130) **Tomar la misma dosis que tomó hoy**

o más (ejemplo: 131 o más) **Agregar** ___ unidades

Disfrute de los beneficios de este portal de apoyo **GRATUITO** para la diabetes **Cornerstones4Care® Diabetes Punto por Punto**

¡Es fácil registrarse!

Envíe por correo la tarjeta en el medio de este libro



- Vaya a espanol.Cornerstones4Care.com
- Llámenos al 1-800-727-6500 opción 8 de 8:30am a 6:00pm EST

¡Regístrese hoy!



Cómo usar su registro de azúcar en la sangre

EJEMPLO

Su registro de azúcar en la sangre 1 Fecha: 4 / 22 / 2019

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*									
		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
2	VIERNES								
	Medicina sin insulina y dosis	10 mg medicamento A							
	Hora	6 am	8 am		1:30 pm	6:15 pm		11 pm	3:30 am
	3	mg/dL	mg/dL	mg/dL	148 mg/dL	91 mg/dL	mg/dL	90 mg/dL	140 mg/dL
4	Carbohidratos consumidos	18 gramos		21 gramos		26 gramos		2 gramos	
5	Dosis de insulina a la hora de las comidas	<input type="checkbox"/> Desayuno ___ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ___ unidades		<input checked="" type="checkbox"/> Cena 2 unidades		7 Otro ▶	
6	Dosis de insulina de acción prolongada	90 unidades 150 hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ___ unidades ___ hora				BP: 120/80	
		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis	SÁBADO								
	Medicina sin insulina y dosis	10 mg medicamento A							
	Hora	6 am	8 am						
	3	mg/dL	150 mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
4	Carbohidratos consumidos	20 gramos							
5	Dosis de insulina a la hora de las comidas	<input type="checkbox"/> Desayuno ___ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ___ unidades		<input checked="" type="checkbox"/> Cena 2 unidades		7 Otro ▶	
6	Dosis de insulina de acción prolongada	___ unidades ___ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ___ unidades ___ hora				Caminata de 30 minutos	

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.

- 1 Escriba la fecha de inicio de la semana. (Puede comenzar a monitorear cualquier día de la semana)
- 2 Escriba el(los) nombre(s) y la(s) dosis de sus medicamentos para la diabetes sin insulina, como las pastillas o los medicamentos inyectables sin insulina
- 3 Escriba la hora y sus lecturas de azúcar en la sangre en los espacios "antes" y "después". Las lecturas después de las comidas generalmente se toman de 1 a 2 horas después de comenzar la comida. Se pueden hacer lecturas durante la noche según sea necesario
- 4 Si está contando carbohidratos, escriba cuántos gramos de carbohidratos comió
- 5 Si su médico le indicó que use insulina a la hora de las comidas cuando come, escriba su dosis aquí. Consulte la página 57 para obtener instrucciones que su médico puede completar para usted
- 6 Si su médico le indicó que use insulina de acción prolongada, escriba aquí su dosis y hora(s). La insulina de acción prolongada se administra una o dos veces al día. Consulte la página 55 para obtener instrucciones que su médico puede completar para usted
- 7 Escriba notas sobre cualquier otra cosa que desee monitorear (como presión arterial, actividad o peso)

Después del "domingo", en la sección "Notas", escriba notas sobre cualquier cosa que pueda haber afectado sus lecturas de azúcar en la sangre, como los alimentos que comió, cualquier actividad física que realizó o cualquier estrés que pueda tener.



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
LUNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MARTES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MIÉRCOLES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
JUEVES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
VIERNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
SÁBADO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
DOMINGO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.

NOTAS:



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
LUNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MARTES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MIÉRCOLES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
JUEVES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
VIERNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
SÁBADO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
DOMINGO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.

NOTAS:



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
LUNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MARTES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MIÉRCOLES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
JUEVES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
VIERNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
Carbohidratos consumidos		mg/dL		mg/dL		mg/dL		mg/dL	mg/dL
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
SÁBADO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
Carbohidratos consumidos		mg/dL		mg/dL		mg/dL		mg/dL	mg/dL
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
DOMINGO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
Carbohidratos consumidos		mg/dL		mg/dL		mg/dL		mg/dL	mg/dL
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.

NOTAS:



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
LUNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MARTES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MIÉRCOLES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
JUEVES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
VIERNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
SÁBADO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
DOMINGO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.

NOTAS:



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
LUNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MARTES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MIÉRCOLES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
JUEVES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
VIERNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
Carbohidratos consumidos		mg/dL		mg/dL		mg/dL		mg/dL	mg/dL
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
SÁBADO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
Carbohidratos consumidos		mg/dL		mg/dL		mg/dL		mg/dL	mg/dL
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
DOMINGO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
Carbohidratos consumidos		mg/dL		mg/dL		mg/dL		mg/dL	mg/dL
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.

NOTAS:



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
LUNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MARTES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MIÉRCOLES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
JUEVES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____/____/____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
VIERNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
SÁBADO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
DOMINGO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.

NOTAS:



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
LUNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MARTES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MIÉRCOLES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
JUEVES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
VIERNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
SÁBADO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
DOMINGO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.

NOTAS:



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
LUNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MARTES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MIÉRCOLES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
JUEVES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
VIERNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
Carbohidratos consumidos		mg/dL		mg/dL		mg/dL		mg/dL	mg/dL
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
SÁBADO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
Carbohidratos consumidos		mg/dL		mg/dL		mg/dL		mg/dL	mg/dL
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
DOMINGO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
Carbohidratos consumidos		mg/dL		mg/dL		mg/dL		mg/dL	mg/dL
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.

NOTAS:



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
LUNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MARTES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MIÉRCOLES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
JUEVES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
VIERNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
SÁBADO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
DOMINGO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.

NOTAS:



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
LUNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MARTES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MIÉRCOLES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
JUEVES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
VIERNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
SÁBADO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
DOMINGO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.

NOTAS:



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
LUNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MARTES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MIÉRCOLES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
JUEVES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
VIERNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
SÁBADO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
DOMINGO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.

NOTAS:



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
LUNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MARTES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
MIÉRCOLES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
JUEVES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.



Su registro de azúcar en la sangre

Fecha: ____ / ____ / ____

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
VIERNES		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
SÁBADO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

		Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
DOMINGO		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	Hora	Hora
Medicina sin insulina y dosis		Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora		
		mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
Carbohidratos consumidos									
Dosis de insulina a la hora de las comidas		<input type="checkbox"/> Desayuno ____ unidades		<input type="checkbox"/> Almuerzo ____ unidades		<input type="checkbox"/> Cena ____ unidades		Otro ▶	
Dosis de insulina de acción prolongada		____ unidades ____ hora		Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: ____ unidades ____ hora					

*Usted y su equipo del cuidado de la diabetes decidirán los mejores tiempos para controlar su nivel de azúcar en la sangre.

NOTAS:



+ Agregar o comenzar con la insulina

Para muchas personas, es necesario agregar insulina a un plan del cuidado de la diabetes para ayudar a controlar aún más los niveles de azúcar en la sangre. Esto no significa que usted haya hecho algo malo en el control de su diabetes. Simplemente significa que su diabetes ha cambiado con el tiempo. Existen diferentes tipos de insulina. Usted y su equipo del cuidado de la diabetes seleccionarán el tipo de insulina adecuado para usted.

Usted y su médico pueden usar las siguientes guías para ayudarlo a agregar insulina de acción prolongada o a la hora de las comidas en su plan del cuidado de la diabetes. Pídale a su médico que complete el cuadro en la página 55 o 57. Asegúrese de comprender lo que el cuadro significa para usted.

Con la ayuda de su equipo del cuidado de la diabetes, usted puede encontrar un plan de insulina que lo ayudará a controlar sus niveles de azúcar en la sangre y adaptarse a su rutina.



Es posible que deba tomar medicamentos para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de azúcar en la sangre. Para obtener más información sobre los diferentes medicamentos para la diabetes, solicite la publicación *Viviendo con diabetes* a su equipo del cuidado de la diabetes.

Guía para ajustar la insulina de acción prolongada

La insulina de acción prolongada también se llama insulina basal o de fondo. Esta proporciona niveles constantes de insulina durante todo el día y la noche. **Si su médico le indicó que ajuste su dosis de insulina de acción prolongada**, pídale que complete esta sección por usted.

Mi dosis ____ unidad(es) a ____ hora	Mi dosis ____ unidad(es) a ____ hora (si es necesario)
Mi objetivo de azúcar en la sangre por la mañana _____	
Si su lectura del azúcar en la sangre por la mañana antes de comer es:	Entonces usted debe:
_____ o menos (ejemplo: 80 o menos)	⊖ Restar ____ unidad(es)
Entre _____ y _____ (ejemplo: entre 81 y 130)	✓ Tome la misma dosis
_____ or más (ejemplo: 131 o más)	⊕ Agregue ____ unidad(es)
No tome más de _____ unidades sin antes hablar con su médico.	

**ABRA
AQUI**

Si su médico quiere que usted ajuste su insulina a la hora de las comidas.

Guía para monitorear la insulina a la hora de las comidas

Su registro de azúcar en la sangre Fecha: 4 / 22 / 2019

RESULTADOS DE AZÚCAR EN LA SANGRE*

	Desayuno		Almuerzo		Cena		Hora de acostarse	Noche
	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS		
LUNES								
Medicina sin insulina y dosis	10 mg							
medication A	6 am	8 am	12 pm	1:30 pm	6:15 pm	8 pm		3:30 am
Carbohidratos consumidos	90 mg/dL	150 mg/dL	89 mg/dL	148 mg/dL	91 mg/dL	152 mg/dL		140 mg/dL
	18 carbs		21 carbs		26 carbs		2 carbs	
Dosis de insulina a la hora de las comidas	<input type="checkbox"/> Desayuno	<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input checked="" type="checkbox"/> Cena	<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Otro	
Dosis de insulina de acción prolongada	_____ unidades _____ hora	Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: _____ unidades _____ hora		_____ unidades _____ hora	_____ unidades _____ hora	_____ unidades _____ hora	BP: 120/80	
MARTES								
Medicina sin insulina y dosis	10 mg							
medication A	6 am	8 am	12 pm	1:15 pm	7:15 pm	8:45 pm		
Carbohidratos consumidos	90 mg/dL	150 mg/dL	89 mg/dL	150 mg/dL	90 mg/dL	153 mg/dL		
	20 carbs		18 carbs		28 carbs		2 carbs	
Dosis de insulina a la hora de las comidas	<input type="checkbox"/> Desayuno	<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Cena	<input type="checkbox"/> Otro		
Dosis de insulina de acción prolongada	_____ unidades _____ hora	Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: _____ unidades _____ hora		_____ unidades _____ hora	_____ unidades _____ hora	_____ unidades _____ hora	30 minute walk	
MIÉRCOLES								
Medicina sin insulina y dosis	10 mg							
medication A	6 am	8 am						
Carbohidratos consumidos	90 mg/dL	150 mg/dL						
	20 carbs							
Dosis de insulina a la hora de las comidas	<input type="checkbox"/> Desayuno	<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Cena	<input type="checkbox"/> Otro		
Dosis de insulina de acción prolongada	_____ unidades _____ hora	Si es necesario en la cena o la hora de acostarse: _____ unidades _____ hora		_____ unidades _____ hora	_____ unidades _____ hora	_____ unidades _____ hora	BP: 120/80	

1 Su dosis inicial

2 Cuándo usar insulina. Este ejemplo asume que la usará durante la cena

3 Cuándo revisar (en este ejemplo, a la hora de acostarse)

4 Ajuste su insulina a la hora de las comidas usando la tabla debajo

Su dosis para el día siguiente

Repita el proceso anterior todos los días

56

Guía para ajustar su insulina a la hora de las comidas

Si su médico le indicó que ajuste su dosis de insulina a la hora de las comidas, pídale que complete esta sección para usted y lo guíe a través del ejemplo. **Cambie o ajuste su dosis a la hora de las comidas solo según las instrucciones de su médico.**

1 Día 1 dosis inicial:

2 Cuándo usar insulina a la hora de las comidas:	<input type="checkbox"/> Desayuno	<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Cena
3 Cuándo revisar su azúcar en la sangre:	Antes del almuerzo	Antes de la cena	A la hora de acostarse
4 Si su lectura del azúcar en la sangre es:	Al día siguiente usted debe:		
_____ o menos (ejemplo: 80 o menos)	⊖ Restar _____ unidad(es)		
Entre _____ y _____ (ejemplo: entre 81 y 130)	✓ Tomar la misma dosis que tomó hoy		
_____ o más (ejemplo: 131 o más)	⊕ Agregar _____ unidad(es)		

57

Si recibió este registro sin la publicación **Manteniéndose en curso**, puede pedir esta publicación a su equipo de cuidado de la diabetes. Le dará más información sobre los objetivos de azúcar en la sangre y lo que significan sus números.

Visite espanol.Cornerstones4Care.com hoy para registrarse en un programa **GRATUITO** personalizado que le puede ayudar a lograr sus objetivos del cuidado de la diabetes.



Para ordenar registros adicionales, llame al **1-800-727-6500** opción 8 de 8:30am a 6:00pm EST.



Novo Nordisk Inc. otorga permiso para reproducir esta pieza solo con fines educativos sin fines de lucro, con la condición de que la pieza se mantenga en su formato original y que se muestre el aviso de copyright. Novo Nordisk Inc. se reserva el derecho de revocar este permiso en cualquier momento.

Las fotografías utilizadas en esta publicación son solo ilustrativas. Los personajes en las fotografías no necesariamente padecen de diabetes u otras dolencias.

Cornerstones4Care® Diabetes Punto por Punto es una marca registrada de Novo Nordisk A/S.

Novo Nordisk es una marca registrada de Novo Nordisk A/S.

© 2019 Novo Nordisk Impreso en los EE. UU. US19PAT00125 Noviembre 2019 espanol.Cornerstones4Care.com

