Florida Medical Clinic • Endocrinology

Registro del Paciente - Monitoreo de Glucosa en la Casa - Servicios Ambulativos

Fecha	Desayuno ____ Hora(s) Antes	Desayuno ____ Hora(s) Despues	Almuerzo ____ Hora(s) Antes	Almuerzo ____ Hora(s) Despues	La Cena ____ Hora(s) Antes	La Cena ____ Hora(s) Despues	Antes de Dormirse	Comentarios

Your life. Our specialty.

Instructions

1. Chequese la glucosa en la sangre y anote el resultado en el cuadro apropiado.
2. Hagase una prueba adicional si siente sintomas de alto o bajo azucar de sangre.
3. Por favor anote la siguiente informacion in la columna de **Comentarios**:
   - Explique la razon por el alto o bajo contenido de glucosa - comida adicional o ejercicio
   - Anote la dosis de Insulina y la hora en que se la aplico
   - Chequeos de glucosa adicionales
   - Nauseas o vomito
4. Traiga todas las hojas de registro de glucosa a todas las citas clinicas.

Informacion del Paciente

Name _____

Patient Number _____