

# Florida Medical Clinic LLC • Endocrinology

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

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

Informacion del Paciente

Name \_\_\_\_\_

Patient Number \_\_\_\_\_

- 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.

