

Registro de Azúcar en Sangre

Mes		Semana al				Observaciones*
Día	Comida	Antes		Después		
		Hora	Nivel	Hora	Nivel	
Lunes	Desayuno					
	Almuerzo					
	Cena					
Martes	Desayuno					
	Almuerzo					
	Cena					
Miércoles	Desayuno					
	Almuerzo					
	Cena					
Jueves	Desayuno					
	Almuerzo					
	Cena					
Viernes	Desayuno					
	Almuerzo					
	Cena					
Sábado	Desayuno					
	Almuerzo					
	Cena					
Domingo	Desayuno					
	Almuerzo					
	Cena					

*Anota en la columna de observaciones la información que consideres importante. Por ejemplo: ajuste de insulina o medicamento, consumo de alimento con mucha azúcar, menos comida de lo usual, mucha comida de lo usual, noticia triste, calor extremo, enferma/o, pasando un mal rato, problemas de trabajo o familiares, etc.