UCLA Health

UCLA DIABETES PROGRAM

Diabetes -- Registro de glucosa sanguínea/comidas

OBJETIVOS DE GLUCOSA SANGUÍNEA

En ayunas: _____ Antes de las comidas: _____

___ hora(s) después de comenzar la comida: _____

Números de oficina importantes: _____

Fecha:	**En ayunas**	**Desayuno**	**Merienda**	**Almuerzo**	**Merienda**	**Cena**	**Meriendas/refrigerios antes de dormir**
Hora							
Azúcar							
Comida							**Ejercicio:**
Fecha:	**En ayunas**	**Desayuno**	**Merienda**	**Almuerzo**	**Merienda**	**Cena**	**Meriendas/refrigerios antes de dormir**
Hora							
Azúcar							
Comida							**Ejercicio:**
Fecha:	**En ayunas**	**Desayuno**	**Merienda**	**Almuerzo**	**Merienda**	**Cena**	**Meriendas/refrigerios antes de dormir**
Hora							
Azúcar							
Comida							**Ejercicio:**