

Children's HealthSM
Specialty Center Dallas
Centro de Endocrinología

2350 North Stemmons Freeway, Suite 4400
 Dallas, Texas 75207 214-456-5959

Registro de glucosa

Nombre: _____	Teléfono celular: _____
Fecha de nacimiento: _____	Teléfono particular: _____
N.º expediente médico: _____	Fax de la escuela: _____
Médico: _____	Por favor, envíe el registro a través de MyChart o por fax al 214-456-5963

Tipos de insulina: A=Apidra, H=Humalog, NV=Novolog, B=Basaglar, G=Lantus, T=Tresiba, dT=Levemir

Semana de _____ a _____	Semana de _____ a _____	Semana de _____ a _____	Semana de _____ a _____
Proporción de desayuno: _____	Proporción de desayuno: _____	Proporción de desayuno: _____	Proporción de desayuno: _____
Proporción de almuerzo: _____	Proporción de almuerzo: _____	Proporción de almuerzo: _____	Proporción de almuerzo: _____
Proporción de cena: _____	Proporción de cena: _____	Proporción de cena: _____	Proporción de cena: _____

Mes _____

Fecha	Desayuno		Almuerzo		Cena		A la hora de acostarse		Observaciones
	Glucosa	Dosis	Glucosa	Dosis	Glucosa	Dosis	Glucosa	Dosis	
Ejemplo	126	3 NV	178	4 NV	62/100	3 NV	229	6G/2 NV	Bajo nivel azúcar a las 2 a.m.: 52; tratamiento con jugo; glucosa en sangre 128
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									