

Nombre: _____



Fecha: ____/____/____

Récord de Alimentos										
Tiempo	Diabetes Medication o Insulin		Resultados de azúcar en la sangre	Comida y Bebida		Carbohidratos		Ejercicio		Otros Factores
	Tipo	Cantidad		Cantidad	Tipo de Comida y Bebida	Unidad	Gramos	Tipo	Cantidad	Stress/ Nausea/ Resfriado
Desayuno			Antes dos horas después							
Golosina										
Almuerzo			Antes dos horas después							
Golosina										
Cena			Antes dos horas después							
Golosina										

Nombre del paciente (Patient name) _____ Fecha (date) _____ Hora (time) _____