

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										

Firma del paciente: _____
(Patient signature)

Nombre en imprenta del paciente: _____
(Patient's printed name)

Fecha: _____
(date)

Hora: _____
(time)

Name: _____

Date: ____/____/____

Diabetes Self-Care Record

Time	Diabetes Medication or Insulin		Blood Sugar	Food Intake		Carbohydrate Information	Physical Activity		Other Factors
	Type	Amount		Amount	Type of Food and Drink		Grams	Type	
Breakfast			Before						
			2 hrs after						
Snack									
Lunch			Before						
			2 hrs after						
Snack									
Dinner			Before						
			2 hrs after						
Snack									

Patient Signature: _____ Printed Name: _____ Date: _____ Time: _____