



## Mi registro diario de nivel de glucosa en sangre

Haga una copia de este formulario para cada semana de su embarazo. Use este formulario para llevar un registro de sus niveles de azúcar en la sangre, los resultados de las pruebas de orina o sangre para detectar cetonas y su insulina.

Fecha de inicio:	Azúcar en la sangre en ayunas	Cetonas en la orina o en la sangre	Insulina	Azúcar en la sangre al desayuno	Insulina	Otra medición de azúcar en la sangre	Insulina	Azúcar en la sangre al almuerzo	Insulina	Otra medición de azúcar en la sangre	Insulina	Azúcar en la sangre a la cena	Insulina	Otra medición de azúcar en la sangre	Insulina	Azúcar en la sangre al acostarse a dormir	Insulina	Otra medición de azúcar en la sangre	Notas
<b>Lunes</b>			Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		
<b>Martes</b>			Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		
<b>Miércoles</b>			Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		
<b>Jueves</b>			Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		
<b>Viernes</b>			Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		
<b>Sábado</b>			Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		
<b>Domingo</b>			Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		Hora: Cantidad:		