

MI REGISTRO DE CONTROL DE LA DIABETES

UN REGISTRO DIARIO PARA AYUDARLE A CONTROLAR LA DIABETES



Nombre: _____

La diabetes es una enfermedad grave, pero se puede controlar.
Este **Registro de control de la diabetes** le ayudará a controlar su diabetes
al llevar un seguimiento de información de salud importante.

Información de contacto importante

Número de teléfono de su residencia: _____

Nombre del médico: _____

Teléfono del médico: _____

Información de contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Conozca y controle sus números

Hable con su médico para establecer las metas de salud adecuadas para usted.

| | Meta | Fecha / Resultado | Fecha / Resultado | Fecha / Resultado | Fecha / Resultado |
|---|------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| A1C (nivel de azúcar en la sangre cada tres meses) | | | | | |
| Presión arterial | | | | | |
| Colesterol | | | | | |
| Colesterol total | | | | | |
| LDL (“malo”) | | | | | |
| HDL (“bueno”) | | | | | |
| Triglicéridos | | | | | |
| Peso (libras) | | | | | |

Lista de medicamentos

Anote todos los medicamentos que toma. Actualice esta lista cuando haya algún cambio en sus medicamentos. Hable con su médico o farmacéutico si tiene cualquier pregunta acerca de sus medicamentos o si tiene algún problema al tomarlos.

| Nombre del medicamento | Dosis | Frecuencia por día | Instrucciones especiales |
|------------------------|--------|----------------------------|--------------------------|
| 1. Metformina | 500 mg | 1 tableta dos veces al día | Tomar con comidas |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| 9. | | | |
| 10. | | | |

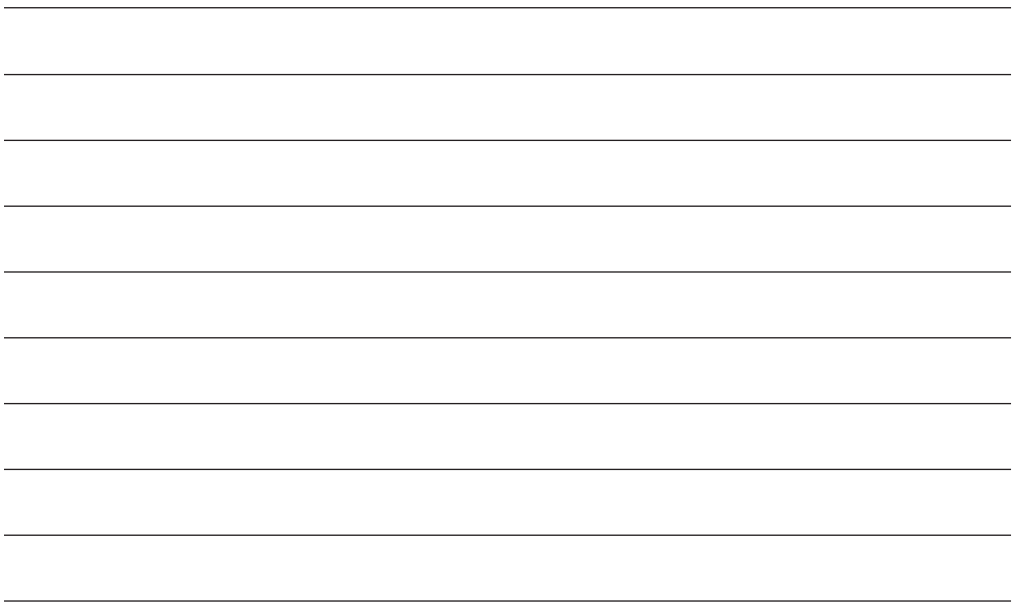
Lista de medicamentos continuada

| Nombre del medicamento | Dosis | Frecuencia por día | Instrucciones especiales |
|------------------------|-------|--------------------|--------------------------|
| 11. | | | |
| 12. | | | |
| 13. | | | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |
| 18. | | | |
| 19. | | | |
| 20. | | | |

Tipo de glucómetro que utiliza: _____

Tipo de tira reactiva que utiliza: _____

Notas



Registro de azúcar en la sangre

Pregúntele a su médico cuándo y con qué frecuencia debe medir los niveles de azúcar en su sangre. Este registro le ayudará a llevar un control.

| | Desayuno | | Almuerzo | | Cena | | Antes de ir a dormir |
|------------------|-----------|-----------------|------------|-----------------|------------|-----------------|----------------------|
| Fecha | Antes | 2 horas después | Antes | 2 horas después | Antes | 2 horas después | |
| 20/6/2016 | 90 | 168 | 112 | 157 | 130 | 150 | 139 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

MUESTRA

Llame al 311 para pedir más copias de este artículo.

