

REGISTRO DE AUTOCONTROL

DE GLUCEMIAS



Año: _____
 Desde mes _____ al mes _____

Nombre: _____

| MAÑANAS | TARDES | NOCHES |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Fecha: ___ / ___ / ___ Antes desayuno: 1 hora después: | Fecha: ___ / ___ / ___ Antes comida: 1 hora después: | Fecha: ___ / ___ / ___ Antes cena: 1 hora después: |
| Fecha: ___ / ___ / ___ Antes desayuno: 2 horas después: | Fecha: ___ / ___ / ___ Antes comida: 2 horas después: | Fecha: ___ / ___ / ___ Antes cena: 2 horas después: |
| Fecha: ___ / ___ / ___ Antes desayuno: 1 hora después: | Fecha: ___ / ___ / ___ Antes comida: 1 hora después: | Fecha: ___ / ___ / ___ Antes cena: 1 hora después: |
| Fecha: ___ / ___ / ___ Antes desayuno: 2 horas después: | Fecha: ___ / ___ / ___ Antes comida: 2 horas después: | Fecha: ___ / ___ / ___ Antes cena: 2 horas después: |
| Fecha: ___ / ___ / ___ Antes desayuno: 1 hora después: | Fecha: ___ / ___ / ___ Antes comida: 1 hora después: | Fecha: ___ / ___ / ___ Antes cena: 1 hora después: |
| Fecha: ___ / ___ / ___ Antes desayuno: 2 horas después: | Fecha: ___ / ___ / ___ Antes comida: 2 horas después: | Fecha: ___ / ___ / ___ Antes cena: 2 horas después: |
| Fecha: ___ / ___ / ___ Antes desayuno: 1 hora después: | Fecha: ___ / ___ / ___ Antes comida: 1 hora después: | Fecha: ___ / ___ / ___ Antes cena: 1 hora después: |
| Fecha: ___ / ___ / ___ Antes desayuno: 2 horas después: | Fecha: ___ / ___ / ___ Antes comida: 2 horas después: | Fecha: ___ / ___ / ___ Antes cena: 2 horas después: |

NOTA: 1 vez cada 2 meses hacer un control de madrugada (mas o menos sobre las 3 de la madrugada).
 Según vaya progresando, con tres controles semanales a diferentes momentos se considera suficiente.
 Haga una copia de este folio para futuros controles.