

# Children's Health<sup>SM</sup> Plano Centro de Endocrinología

2601 Preston Road  
Plano, Texas 75024 469-303-2424

## Registro de glucosa

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
N.º expediente médico: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Teléfono particular: \_\_\_\_\_  
Fax de la escuela: \_\_\_\_\_

**Por favor, envíe el registro a través de MyChart o por fax al 469-303-2406**

**Tipos de insulina: A=Apidra, H=Humalog, NV=Novolog, B=Basaglar, G=Lantus, T=Tresiba, dT=Levemir**

| Semana de _____ a _____       |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Proporción de desayuno: _____ |
| Proporción de almuerzo: _____ |
| Proporción de cena: _____     |

**Mes** \_\_\_\_\_

Fecha	Desayuno		Almuerzo		Cena		A la hora de acostarse		Observaciones
	Glucosa	Dosis	Glucosa	Dosis	Glucosa	Dosis	Glucosa	Dosis	
Ejemplo	126	3 NV	178	4 NV	62/100	3 NV	229	6G/2 NV	Bajo nivel azúcar a las 2 a.m.: 52; tratamiento con jugo; glucosa en sangre 128
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									