

CONTROL GLICEMICO PERSONAL



PACIENTE: TELEFONO:

EDAD: GÉNERO: M F

#	FECHA	HORA	VALOR	OBSERVACIÓN / MEDICACIÓN

MEDICO: TELEFONO:

NIVELES	BUEN CONTROL	MAL CONTROL
Basal / ayunas	Menos 130	Mayor 131
En cualquier momento del día	Menos de 180	Mayor 181

Exámen	IDEAL	BUEN CONTROL	MAL CONTROL
Hba1c	menos 5,7 %	7,0 %	mayor 8,0 %

* Realizar Hba1C cada 4 meses



CONTROL GLICEMICO PERSONAL



PACIENTE: TELEFONO:

EDAD: GÉNERO: M F

#	FECHA	HORA	VALOR	OBSERVACIÓN/MEDICACIÓN

MEDICO: TELEFONO:

NIVELES	BUEN CONTROL	MAL CONTROL
Basal / ayunas	Menos 130	Mayor 131
En cualquier momento del día	Menos de 180	Mayor 181

Exámen	IDEAL	BUEN CONTROL	MAL CONTROL
Hba1c	menos 5,7 %	7,0 %	mayor 8,0 %

* Realizar Hba1C cada 4 meses

