

CONTROL DIARIO DE LA DIABETES

FECHA:

DÍA DE LA SEMANA: (L) (M) (M) (J) (V) (S) (D)

REGISTRO DE NIVELES DE GLUCOSA EN SANGRE

RANGO DESEABLE:

| COMIDA: | | COMIDA: | | COMIDA: | | COMIDA: | | COMIDA: | | COMIDA: | | ANTES DE IR A DORMIR |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------------|
| ANTES | DESPUÉS | ANTES | DESPUÉS | ANTES | DESPUÉS | ANTES | DESPUÉS | ANTES | DESPUÉS | ANTES | DESPUÉS | |
| | | | | | | | | | | | | |

Repartir en forma uniforme en las comidas y refrigerios diarios la cantidad total de carbohidratos consumidos. Intentar comer de 4 a 6 comidas pequeñas por día.



REGISTRO DE ALIMENTOS DIARIOS

Recomendación diaria de CO (Colesterol):
Recomendación diaria de calorías:

MEDICAMENTOS

| COMIDA | CO (Colesterol) (g) | FIBRA (g) | FTN (Fitonutrientes) (g) | GRASA (g) | GRASA SATURADA (g) | CALORÍAS | HORA | MEDICAMENTO CON RECETA |
|----------------|---------------------|-----------|--------------------------|-----------|--------------------|----------|------|------------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| TOTALES | | | | | | | | |

RECOMENDACIONES CLAVE:

- ➔ menos del 35% de grasa
- ➔ menos del 10% de grasa saturada
- ➔ menos de 300mg de colesterol
- ➔ menos de 2,300mg de sodio

CONTROLES DIARIOS

- PIES ○
- LAVARSE LOS DIENTES (POR LO MENOS DOS VECES AL DÍA) ○○
- USAR HILO DENTAL ○○
- ¿ES NECESARIO REPONER ALGÚN MEDICAMENTO CON RECETA? _____
- VASOS DE AGUA DE 8 OZ. ○○○○○○○○
- EJERCICIO: _____
- ACTIVIDAD DESESTRESANTE: _____

