

AVANZANDO  JUNTOS
por tu Diabetes



Tu diario del nivel
● de azúcar en la sangre

SANOFI 

El beneficio de llevar un diario

Medir tu nivel de azúcar en la sangre y anotar los números puede ayudarte a controlar la diabetes. Si llevas un diario, tú y tu médico estarán informados sobre tu progreso. Así podrán hacer cambios en tu plan de tratamiento si fuera necesario.

| | | |
|---|--|---------------------------------|
| Recomendaciones de la Asociación Americana de la Diabetes sobre los niveles de azúcar en la sangre para la mayoría de las personas adultas con diabetes no embarazadas | Antes de cada comida o al despertarte: | 2 horas después de cada comida: |
| | 80 – 130 mg/dl | Menos de 180 mg/dl |

Tu médico te dirá cuáles son tus niveles recomendados de azúcar en la sangre. Anótalos en la parte de arriba del diario.

Tu médico también te dirá en qué momentos del día o de la noche debes tomar medicamentos y medir tus niveles de azúcar en la sangre.

Sigue siempre sus instrucciones.

¿Cómo funciona el diario?

Imprime las páginas de este diario. Como verás, el diario está dividido en semanas. Hemos incluido 12 semanas para que puedas anotar tus números durante 3 meses. Cuando sea necesario, puedes volver a imprimirlo.

Por ejemplo:

| Día | Desayuno | | | | Almuerzo | | | | Cena | | | | Hora de ir a dormir | | |
|--|--------------------------------|-----------------|---------|---|---------------------|-----------------|---------|--|--------------------------------|-----------------|---------|---|---------------------|-------------------|-----|
| | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar | | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar | | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar | | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar | | |
| | | Antes | Después | | | Antes | Después | | | Antes | Después | | Antes | Durante la noche* | |
| L LUN | El nombre de tu insulina aquí. | 101 | 165 | 2 huevos, 1 tortilla integral, tomate y pimientos. 29 gramos. | | 130 | 192 | Pavo, humus, espinacas, pepino. 38 gramos. | El nombre de tu insulina aquí. | 122 | 176 | Salmón, arroz integral, judías verdes. 27 gramos. | | 118 | 146 |
| Comentarios: hoy caminé 30 minutos, mejor que la semana pasada, comí pavo para almorzar. | | | | | | | | | | | | | | | |



TU DIARIO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE

SEMANA DEL ____/____/____ al ____/____/____
 _____ mg/dl ANTES de comer
 _____ mg/dl DESPUÉS de comer
 _____ mg/dl ANTES de ir a dormir

NIVELES de azúcar en la sangre que me recomendó mi médico:

| Día | Desayuno | | | Almuerzo | | | Cena | | | Hora de ir a dormir | |
|-----------------|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|---|
| | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Durante la noche* |
| L LUN | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |
| M MAR | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |
| M MIÉ | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |
| J JUE | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |
| V VIE | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |
| S SÁB | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |
| D DOM | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |

¿Cómo te sientes esta semana en comparación con la anterior?

* No todas las personas tienen que usar medicamentos antes de ir a dormir. Asegúrate de seguir siempre las instrucciones de tu médico sobre en qué momentos del día y de la noche debes tomar medicamentos y medir tu nivel de azúcar en la sangre.

TU DIARIO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE

SEMANA DEL ____/____/____ al ____/____/____
 _____ mg/dl ANTES de comer
 _____ mg/dl DESPUÉS de comer
 _____ mg/dl ANTES de ir a dormir

NIVELES de azúcar en la sangre que me recomendó mi médico:

| Día | Desayuno | | | Almuerzo | | | Cena | | | Hora de ir a dormir | |
|-----------------|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|---|
| | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Durante la noche* |
| L LUN | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |
| M MAR | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |
| M MIÉ | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |
| J JUE | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |
| V VIE | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |
| S SÁB | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |
| D DOM | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |

¿Cómo te sientes esta semana en comparación con la anterior?

* No todas las personas tienen que usar medicamentos antes de ir a dormir. Asegúrate de seguir siempre las instrucciones de tu médico sobre en qué momentos del día y de la noche debes tomar medicamentos y medir tu nivel de azúcar en la sangre.

TU DIARIO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE

SEMANA DEL ____/____/____ al ____/____/____

_____ mg/dl ANTES de comer

_____ mg/dl DESPUÉS de comer

_____ mg/dl ANTES de ir a dormir

NIVELES de azúcar en la sangre que me recomendó mi médico:

| Día | Desayuno | | | Almuerzo | | | Cena | | | Hora de ir a dormir | |
|-----------------|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|---|
| | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Durante la noche* |
| L LUN | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |
| M MAR | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |
| M MIÉ | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |
| J JUE | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |
| V VIE | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |
| S SÁB | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |
| D DOM | | | | | | | | | | | |
| | Comentarios: | | | | | | | | | | |

¿Cómo te sientes esta semana en comparación con la anterior?

* No todas las personas tienen que usar medicamentos antes de ir a dormir. Asegúrate de seguir siempre las instrucciones de tu médico sobre en qué momentos del día y de la noche debes tomar medicamentos y medir tu nivel de azúcar en la sangre.

TU DIARIO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE

SEMANA DEL ____/____/____ al ____/____/____
 _____ mg/dl ANTES de comer
 _____ mg/dl DESPUÉS de comer
 _____ mg/dl ANTES de ir a dormir

NIVELES de azúcar en la sangre que me recomendó mi médico:

| Día | Desayuno | | | Almuerzo | | | Cena | | | Hora de ir a dormir | |
|-----------------|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|---|
| | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Durante la noche* |
| L LUN | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| M MAR | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| M MIÉ | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| J JUE | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| V VIE | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| S SÁB | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| D DOM | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |

¿Cómo te sientes esta semana en comparación con la anterior?

* No todas las personas tienen que usar medicamentos antes de ir a dormir. Asegúrate de seguir siempre las instrucciones de tu médico sobre en qué momentos del día y de la noche debes tomar medicamentos y medir tu nivel de azúcar en la sangre.

TU DIARIO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE

SEMANA DEL ____/____/____ al ____/____/____
 _____ mg/dl ANTES de comer
 _____ mg/dl DESPUÉS de comer
 _____ mg/dl ANTES de ir a dormir

NIVELES de azúcar en la sangre que me recomendó mi médico:

| Día | Desayuno | | | Almuerzo | | | Cena | | | Hora de ir a dormir | |
|-----------------|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|---|
| | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Durante la noche* |
| L LUN | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| M MAR | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| M MIÉ | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| J JUE | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| V VIE | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| S SÁB | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| D DOM | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |

¿Cómo te sientes esta semana en comparación con la anterior?

* No todas las personas tienen que usar medicamentos antes de ir a dormir. Asegúrate de seguir siempre las instrucciones de tu médico sobre en qué momentos del día y de la noche debes tomar medicamentos y medir tu nivel de azúcar en la sangre.

TU DIARIO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE

SEMANA DEL ____/____/____ al ____/____/____
 _____ mg/dl ANTES de comer
 _____ mg/dl DESPUÉS de comer
 _____ mg/dl ANTES de ir a dormir

NIVELES de azúcar en la sangre que me recomendó mi médico:

| Día | Desayuno | | | Almuerzo | | | Cena | | | Hora de ir a dormir | |
|-----------------|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|---|
| | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Durante la noche* |
| L LUN | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| M MAR | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| M MIÉ | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| J JUE | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| V VIE | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| S SÁB | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| D DOM | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |

¿Cómo te sientes esta semana en comparación con la anterior?

* No todas las personas tienen que usar medicamentos antes de ir a dormir. Asegúrate de seguir siempre las instrucciones de tu médico sobre en qué momentos del día y de la noche debes tomar medicamentos y medir tu nivel de azúcar en la sangre.

TU DIARIO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE

SEMANA DEL ____/____/____ al ____/____/____
 _____ mg/dl ANTES de comer
 _____ mg/dl DESPUÉS de comer
 _____ mg/dl ANTES de ir a dormir

NIVELES de azúcar en la sangre que me recomendó mi médico:

| Día | Desayuno | | | Almuerzo | | | Cena | | | Hora de ir a dormir | |
|-----------------|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|---|
| | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Durante la noche* |
| L LUN | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| M MAR | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| M MIÉ | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| J JUE | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| V VIE | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| S SÁB | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| D DOM | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |

¿Cómo te sientes esta semana en comparación con la anterior?

* No todas las personas tienen que usar medicamentos antes de ir a dormir. Asegúrate de seguir siempre las instrucciones de tu médico sobre en qué momentos del día y de la noche debes tomar medicamentos y medir tu nivel de azúcar en la sangre.

TU DIARIO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE

SEMANA DEL ____/____/____ al ____/____/____
 _____ mg/dl ANTES de comer
 _____ mg/dl DESPUÉS de comer
 _____ mg/dl ANTES de ir a dormir

NIVELES de azúcar en la sangre que me recomendó mi médico:

| Día | Desayuno | | | Almuerzo | | | Cena | | | Hora de ir a dormir | |
|-----------------|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|---|
| | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Durante la noche* |
| L LUN | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| M MAR | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| M MIÉ | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| J JUE | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| V VIE | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| S SÁB | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| D DOM | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |

¿Cómo te sientes esta semana en comparación con la anterior?

* No todas las personas tienen que usar medicamentos antes de ir a dormir. Asegúrate de seguir siempre las instrucciones de tu médico sobre en qué momentos del día y de la noche debes tomar medicamentos y medir tu nivel de azúcar en la sangre.

TU DIARIO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE

SEMANA DEL ____/____/____ al ____/____/____
 _____ mg/dl ANTES de comer
 _____ mg/dl DESPUÉS de comer
 _____ mg/dl ANTES de ir a dormir

NIVELES de azúcar en la sangre que me recomendó mi médico:

| Día | Desayuno | | | Almuerzo | | | Cena | | | Hora de ir a dormir | |
|-----------------|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|---|
| | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Durante la noche* |
| L LUN | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| M MAR | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| M MIÉ | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| J JUE | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| V VIE | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| S SÁB | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| D DOM | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |

¿Cómo te sientes esta semana en comparación con la anterior?

* No todas las personas tienen que usar medicamentos antes de ir a dormir. Asegúrate de seguir siempre las instrucciones de tu médico sobre en qué momentos del día y de la noche debes tomar medicamentos y medir tu nivel de azúcar en la sangre.

TU DIARIO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE

SEMANA DEL ____/____/____ al ____/____/____
 _____ mg/dl ANTES de comer
 _____ mg/dl DESPUÉS de comer
 _____ mg/dl ANTES de ir a dormir

NIVELES de azúcar en la sangre que me recomendó mi médico:

| Día | Desayuno | | | Almuerzo | | | Cena | | | Hora de ir a dormir | |
|-----------------|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|---|
| | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Durante la noche* |
| L LUN | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| M MAR | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| M MIÉ | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| J JUE | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| V VIE | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| S SÁB | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| D DOM | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |

¿Cómo te sientes esta semana en comparación con la anterior?

* No todas las personas tienen que usar medicamentos antes de ir a dormir. Asegúrate de seguir siempre las instrucciones de tu médico sobre en qué momentos del día y de la noche debes tomar medicamentos y medir tu nivel de azúcar en la sangre.

TU DIARIO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE

SEMANA DEL ____/____/____ al ____/____/____
 _____ mg/dl ANTES de comer
 _____ mg/dl DESPUÉS de comer
 _____ mg/dl ANTES de ir a dormir

NIVELES de azúcar en la sangre que me recomendó mi médico:

| Día | Desayuno | | | Almuerzo | | | Cena | | | Hora de ir a dormir | |
|-----------------|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|---|
| | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Durante la noche* |
| L LUN | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| M MAR | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| M MIÉ | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| J JUE | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| V VIE | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| S SÁB | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| D DOM | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |

¿Cómo te sientes esta semana en comparación con la anterior?

* No todas las personas tienen que usar medicamentos antes de ir a dormir. Asegúrate de seguir siempre las instrucciones de tu médico sobre en qué momentos del día y de la noche debes tomar medicamentos y medir tu nivel de azúcar en la sangre.

TU DIARIO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE

SEMANA DEL ____/____/____ al ____/____/____
 _____ mg/dl ANTES de comer
 _____ mg/dl DESPUÉS de comer
 _____ mg/dl ANTES de ir a dormir

NIVELES de azúcar en la sangre que me recomendó mi médico:

| Día | Desayuno | | | Almuerzo | | | Cena | | | Hora de ir a dormir | |
|-----------------|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|---|
| | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Después | ¿Qué comiste? ¿Cuántos carbohidratos? | Medicamento y dosis | Nivel de azúcar Antes Durante la noche* |
| L LUN | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| M MAR | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| M MIÉ | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| J JUE | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| V VIE | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| S SÁB | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |
| D DOM | | | | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | | | | |

¿Cómo te sientes esta semana en comparación con la anterior?

* No todas las personas tienen que usar medicamentos antes de ir a dormir. Asegúrate de seguir siempre las instrucciones de tu médico sobre en qué momentos del día y de la noche debes tomar medicamentos y medir tu nivel de azúcar en la sangre.

5 claves que podrían ayudarte a manejar tus niveles de azúcar en la sangre



• Planifica tus comidas.



• Mantente físicamente activo.



• Toma tu medicamento según lo recetado.



• Mide y anota tus niveles de azúcar en la sangre.



• Habla con tu médico y visítalo regularmente.

La información sobre salud que se incluye aquí se ofrece únicamente con fines educativos en general. Tu médico es tu mejor y única fuente de información con relación a tu salud. Si tienes alguna pregunta acerca de tu salud o tratamiento, consulta con tu médico.



¿Quieres más información sobre el control del nivel de azúcar en la sangre?

Siempre consulta con tu médico y los demás profesionales que te ayudan a controlar tu diabetes.

Visita AvanzandoJuntosPorTuDiabetes.com para saber más sobre la diabetes y conocer historias de personas como tú. Y recuerda que estamos a tu lado.

Otros recursos que te pueden servir*:

- diabetes.org/es/
(Versión en español de la Asociación Americana de la Diabetes)
- diabeteseducator.org
(Asociación Americana de Educadores sobre la Diabetes. Disponible solo en inglés)
- eatright.org
(Academia de Nutrición y Dietética. Disponible solo en inglés)
- ndep.nih.gov
(Programa Nacional de Educación sobre la Diabetes. Disponible en inglés con algunos folletos en español)

* No tienen ningún tipo de afiliación con Sanofi US.

