

AdventHealth High Risk Pregnancy at Orlando - Niveles de Azúcar Sanguínea de 14 días

Favor llenar las fechas, los niveles de azúcar sanguínea y detalles del tratamiento.

Envíe este formulario CADA 7 DÍAS por correo electrónico:

AHMG.CFL.HRP@AdventHealth.com

Le llamaremos entre 2 días y le daremos con información a sus niveles.

Si no escucha de nosotros, no recibimos su formulario.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Semana 1	Fechas:	Verifique rápido después de levantarse (meta <95)	Verifique una hora después de su primer bocado de su comida (meta <140)		
		Ayuno	Desayuno	Almuerzo	Cena

Déjenos saber si tiene alguna información respecto a los niveles arriba o algún otro detalle que debamos saber:

Favor especifique que insulina o pastillas tomó para sus niveles de azúcar sanguínea, en esta semana. Incluya el nombre de la medicación, si usa un bolígrafo o inyección, y la cantidad exacta – escribe abajo en el cuadro la hora cuando lo uso o se tomó las medicaciones.

Levantandose	Desayuno	Almuerzo	Cena	Noche	Otro

Semana 2	Fechas:	Verifique rápido después de levantarse (meta <95)	Verifique una hora después de su primer bocado de su comida (meta <140)		
		Ayuno	Dasayuno	Almuerzo	Cena

Déjenos saber si tiene alguna información respecto a los niveles arriba o algún otro detalle que debamos saber:

Favor especifique que insulina o pastillas tomó para sus niveles de azúcar sanguínea, en esta semana. Incluya el nombre de la medicación, si usa un bolígrafo o inyección, y la cantidad exacta – escribe abajo en el cuadro la hora cuando lo uso o se tomó las medicaciones.

Levantandose	Desayuno	Almuerzo	Cena	Noche	Otro