

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Fecha de Parto _____

Por favor tome **foto de esta hoja y envíe al correo electrónico** de
 Angélique Martin, RD @ Angelique.Martin@perinatalcenter.com o a
 Emily Lawrance, RD @ Emily.Lawrance@perinatalcenter.com

Número de fax (Por favor, mande la información a la clínica donde asiste a sus citas:)

Mercy 405-607-8497 * Baptist 405-606-2855 * Norman 405-801-2564 * Tulsa 918-746-2230



THE PERINATAL CENTER
 MATERNAL-FETAL MEDICINE

Registro de Glucosa en la Sangre

Plan de Tratamiento:

Dieta solamente: ____ Dieta y Gliburida o Metformina ____ Dosis en la mañana: ____ mg Dosis en la noche: ____ mg

Terapia de Dieta e Insulina:

Tipo de Insulina: _____ Dosis en la mañana: ____ Dosis en el almuerzo: ____ Dosis en la noche: ____

Tipo de Insulina: _____ Dosis en la mañana: ____ Dosis en el almuerzo: ____ Dosis en la noche: ____

Instrucciones:

Apunte sus grados de azúcar al despertar (en ayunas) y 1 hora o 2 horas después de las comidas. (o depende de las instrucciones de la enfermera o doctor)

Fecha						
Ayunas	Después del Desayuno	Antes del Almuerzo	Después del Almuerzo	Antes de la cena	Después de la cena	03 a.m.
Fecha						
Ayunas	Después del Desayuno	Antes del Almuerzo	Después del Almuerzo	Antes de la cena	Después de la cena	03 a.m.
Fecha						
Ayunas	Después del Desayuno	Antes del Almuerzo	Después del Almuerzo	Antes de la cena	Después de la cena	03 a.m.
Fecha						
Ayunas	Después del Desayuno	Antes del Almuerzo	Después del Almuerzo	Antes de la cena	Después de la cena	03 a.m.
Fecha						
Ayunas	Después del Desayuno	Antes del Almuerzo	Después del Almuerzo	Antes de la cena	Después de la cena	03 a.m.
Fecha						
Ayunas	Después del Desayuno	Antes del Almuerzo	Después del Almuerzo	Antes de la cena	Después de la cena	03 a.m.

**** La glucosa de la sangre durante el embarazo: ayunas 60-90 mg / dl, 1 hora después de las comidas <140 mg / dl, 2 horas después de las comidas <120 mg / dl**