



PACIENTE NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PROXIMA CITA FECHA Y TIEMPO:
------------------	----------------------	------------------------------

MEDICAMENTOS ACTUALES PARA EL AZÚCAR EN LA SANGRE:
 Por favor incluya la dosis y cuantas veces al día toma la medicación

Metformin: _____ Humulin/Novolin N: _____

Novolog/Humalog: _____

METAS PARA AZUCAR EN LA SANGRE
ANTES DEL DESAYUNO: no superior a **95**
1 HORA DESPUES DE COMER: no superior a **140**
2 HORAS DESPUES DE COMER: no superior a **120**

FECHA	ANTES DEL DESAYUNO	1 o 2 Horas DESPUES			Si su azucar en la sangre esta fuera de rango por favor, anote lo que usted comio para esa comida
		DEL DESAYUNO	DEL ALMUERZO	DE LA CENA	
		(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	
		(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	
		(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	
		(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	
		(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	
		(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	
		(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	(del circulo o) <input type="checkbox"/> 1HR <input type="checkbox"/> 2HRS _____	

su oficina **PRINCIPAL** para citas es (marque una):

<input type="checkbox"/> North Austin (Renfert Way)	AMFM.Nurse@hcahealthcare.com
<input type="checkbox"/> Cedar Park	AMFM.Nurse.CP@hcahealthcare.com
<input type="checkbox"/> South Austin (James Casey South)	NAMC.JCaseyefax@hcahealthcare.com
<input type="checkbox"/> Downtown Austin (IH35)	DowntownRN@hcahealthcare.com
<input type="checkbox"/> Harker Heights	HHNurse@hcahealthcare.com
<input type="checkbox"/> Brownwood <input type="checkbox"/> College Station <input type="checkbox"/> Columbus <input type="checkbox"/> Fredericksburg <input type="checkbox"/> Georgetown	AMFMTeledRN@hcahealthcare.com
<input type="checkbox"/> Gonzales <input type="checkbox"/> LaGrange <input type="checkbox"/> Marble Falls <input type="checkbox"/> San Angelo <input type="checkbox"/> San Marcos	

Por favor verifique su doctor principal:

Dr. Adusumalli Dr. Bednar Dr. DeStefano Dr. Haeri Dr. Herrera
 Dr. Hill Dr. Holliman Dr. McDonnold Dr. Monsivais Dr. Nielsen Dr. Singh