

REGISTROS DE GLUCOSA

*****Llevar sus registros a todas las visitas*****

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 <input type="checkbox"/> Metformin: _____ <input type="checkbox"/> Humulin/Novolin N: _____ <input type="checkbox"/> 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) 1 2	(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	
		(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	
		(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	
		(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	
		(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	
		(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	
		(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	

O su oficina PRINCIPAL para citas es (marque una): <input type="checkbox"/> North Austin (Renfert Way) <input type="checkbox"/> Cedar Park <input type="checkbox"/> South Austin (James Casey South), <input type="checkbox"/> CTMC San Marcos <input type="checkbox"/> Downtown Austin (IH35) <input type="checkbox"/> Harker Heights <input type="checkbox"/> College Station, <input type="checkbox"/> Fredericksburg, <input type="checkbox"/> Georgetown, <input type="checkbox"/> Gonzales, <input type="checkbox"/> LaGrange, <input type="checkbox"/> Marble Falls	Envíe sus registros de glucosa por correo electrónico SEMANALMENTE a: AMFM.Nurse@hcahealthcare.com AMFM.Nurse.CP@hcahealthcare.com NAMC.JCaseyefax@hcahealthcare.com DowntownRN@hcahealthcare.com HHNurse@hcahealthcare.com AMFMTelemedRN@hcahealthcare.com
--	--

Por favor verifique su doctor principal:	<input type="checkbox"/> Dr. Adusumalli <input type="checkbox"/> Dr. Bednar <input type="checkbox"/> Dr. DeStefano <input type="checkbox"/> Dr. Haeri <input type="checkbox"/> Dr. Herrera <input type="checkbox"/> Dr. Hill <input type="checkbox"/> Dr. Holliman <input type="checkbox"/> Dr. McDonnold <input type="checkbox"/> Dr. Monsivais <input type="checkbox"/> Dr. Nielsen <input type="checkbox"/> Dr. Singh
---	---