

Regristro de Glucometrias Nombre del Paciente:

Fecha	Desayuno		Almuerzo		Cena		Otra y/o 3	Insulina	Insulina
	Antes	2 horas después	Antes	2 horas después	Antes	2 horas después	am	Rapida	Rapida

Insulina Rapida	Insulina Lenta