NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

POR FAVOR, ENVÍE EN CORREO ELECTRÓNICO UN DÍA ANTES DE LA CITA A INFO@NUTRITIONASTHERAPY.NET

Fechas: _____ a _____

Anote sus niveles de azúcar en la sangre en la línea amarilla justo cuando se despierte en ayunas, 1 hora después de comer desayuno, 1 hora después de almorzar, 1 hora después de cenar y justo antes de acostarse; también anote todo lo que come, bebe y cuánto: coma cada 2 horas 3 comidas y 3 bocadillos

FECHA: (DIA)							
HORA DEL DESAYUNO	En ayunas_____ 1 hora después de Desayuno____	En ayunas _____ 1 hora después de desayuno____	En ayunas _____ 1 hora después de desayuno____	En ayunas _____ 1 hora después de desayuno____	En ayunas _____ 1 hora después de desayuno____	En ayunas _____ 1 hora después de desayuno____	En ayunas _____ 1 hora después de desayuno____
SNACK							
HORA DEL ALMUERZO	1 hora después de almuerzo___	1 hora después de almuerzo___	1 hora después de almuerzo___	1 hora después de almuerzo___	1 hora después de almuerzo___	1 hora después de almuerzo___	1 hora después de almuerzo___
SNACK							
HORA DE LA CENA	1 hora después de cena_____	1 hora después de cena_____	1 hora después de cena_____	1 hora después de cena_____	1 hora después de cena_____	1 hora después de cena_____	1 hora después de cena_____
SNACK							
EJERCICIO							

ntes de acostarse___ Antes de acostarse ___ Antes de acostarse ___ Antes de acostarse ___ Antes de acostarse ___ Antes de acostarse ___ Antes de acostarse___