

NOMBRE: _____ FECHA DE NAZIMIENTO: _____ POR FAVOR DE MANDAR 1 DIA ANTES DE SU CITA A INFO@NUTRITIONASTHERAPY.NET

Escriba todas las comidas y bebidas con medidas (usando tazas) que a consumido cada dia. Circule si la comida SI USTED NO LA PREPARO-- Fechas: De _____ a _____
 Escriba su nivel de azucar: en ayunas, 2 horas despues del desayuno, 2 horas despues del mediodia, 2 horas despues de cena, y al acostarse como indica en la linea amarilla

FECHA: (DIA)							
HORA DESAYUNO	En ayunas _____	En ayunas _____	En ayunas _____	En ayunas _____	En ayunas _____	En ayunas _____	En ayunas _____
	2 horas despues de desayuno _____			2 horas despues de desayuno _____			2 horas despues de desayuno _____
HORA MEDIODIA							
		2 horas despues de almuerzo _____			2 horas despues de almuerzo _____		
HORA CENA							
			2 horas despues de cena _____			2 horas despues de cena _____	
HORA EJERCICIO							

Hora de dormir _____

Hora de dormir _____

Hora de dormir _____