**Hoja de control del nivel de glucosa del Hospital de Primary Children’s**

Teléfono: 801-662-1640 Fax: (801) 587-7539 Email: [diabetes@imail.org](mailto:diabetes@imail.org)

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha de** **Nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de diagnóstico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Si fue diagnosticado recientemente, hasta que tenga su primera visita con el doctor, envíe por email esta hoja de control, antes del mediodía, de lunes a viernes, a [**diabetes@imail.org**](mailto:diabetes@imail.org). Escriba “New Onset” en la línea “Subject”. | Si tiene varios niveles bajos de glucosa diariamente (menos de 80), llame a la clínica al (801) 662-1640, opción 2, para que le puedan atender ese mismo día. |

**Padre, madre o tutor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Doctor:** □ Al-Hamad □ Clements □ Foster □ Hamaker □ Murray □ Raleigh □ Raman □ Smego □Timme □ Brown □ Galbraith □ Wellisch

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Insulina de acción prolongada: □ Lantus □ Levemir □ Basaglar □ Tresiba □ Toujeo** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Insulina de acción rápida: □ Novolog □ Humalog □ Admelog □ Apidra** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Fecha del ajuste** |
| **Dosis por la comida** | | | Desayuno: \_\_\_\_ unidad de insulina por \_\_\_\_ g. de carb. | | | | | | | Desayuno: \_\_\_\_ unidad de insulina por \_\_\_\_ g. de carb. | | | | | | | | | Desayuno: \_\_\_\_ unidad de insulina por \_\_\_\_ g. de carb. | | | | | | | |  |
| Almuerzo: \_\_\_\_ unidad de insulina por \_\_\_\_ g. de carb. | | | | | | | Almuerzo: \_\_\_\_ unidad de insulina por \_\_\_\_ g. de carb. | | | | | | | | | Almuerzo: \_\_\_\_unidad de insulina por \_\_\_\_ g. de carb. | | | | | | | |  |
| Cena: \_\_\_\_ unidad de insulina por \_\_\_\_ g. de carb. | | | | | | | Cena: \_\_\_\_ unidad de insulina por \_\_\_\_ g. de carb. | | | | | | | | | Cena: \_\_\_\_unidad de insulina por \_\_\_\_ g. de carb. | | | | | | | |  |
| **Dosis por la Corrección** | | | \_\_\_\_ unidad de insulina por cada \_\_\_\_\_ por encima de \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_  Mañana / Noche | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
| \_\_\_\_ unidad de insulina por cada \_\_\_\_\_ por encima de \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_  Mañana / Noche | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
| **Fecha** | **Desayuno** | | | | **Almuerzo** | | | | **Merienda** | | | | **Cena** | | | | | **Al acostarse** | | | | **Otro** | | **Otro** | | | **Acción prolon-gada** |
| Hora | Glu | Carb. | Insulina | Hora | Glu | Carb. | Insulina | Hora | Glu | Carb. | Insulina | Hora | Glu | Carb. | Insulina | | Hora | Glu | Carb. | Insulina | Hora | Glu | Hora | Glu | **Insulina** | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | am  pm |  | am  pm |  | U:  Hora: | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | am  pm |  | am  pm |  | U:  Hora: | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | am  pm |  | am  pm |  | U:  Hora: | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | am  Pm |  | am  pm |  | U:  Hora: | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | am  Pm |  | am  pm |  | U:  Hora: | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | am  pm |  | am  pm |  | U:  Hora: | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | am  pm |  | am  pm |  | U:  Hora: | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | am  pm |  | am  pm |  | U:  Hora: | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | am  pm |  | am  pm |  | U:  Hora: | |

* ¿Qué tendencia ha notado en los niveles de glucosa? ¿Qué hora del día le preocupa más?