

**Tabla semanal de glucosa en sangre**

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Tipos de medicamento: \_\_\_\_\_

**Resultados normales para las cifras de glucosa en sangre**

➤ **Consulte a su médico sobre sus resultados de glucosa específicos**

Fecha	Después del desayuno	Después del almuerzo	Después de la cena	Otra	Insulina/medicamento	Notas sobre el día: (comidas omitidas, ingesta de comidas, ejercicios)
	Glucosa:	Glucosa:	Glucosa:	Glucosa:	Glucosa:	
	Hora:	Hora:	Hora:	Hora:	Hora:	
	Glucosa:	Glucosa:	Glucosa:	Glucosa:	Glucosa:	
	Hora:	Hora:	Hora:	Hora:	Hora:	
	Glucosa:	Glucosa:	Glucosa:	Glucosa:	Glucosa:	
	Hora:	Hora:	Hora:	Hora:	Hora:	
	Glucosa:	Glucosa:	Glucosa:	Glucosa:	Glucosa:	
	Hora:	Hora:	Hora:	Hora:	Hora:	
	Glucosa:	Glucosa:	Glucosa:	Glucosa:	Glucosa:	
	Hora:	Hora:	Hora:	Hora:	Hora:	

Servicios al Miembro 1-800-600-4441 (TTY 711)

El horario de atención es lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

[www.anthem.com/nvmedicaid](http://www.anthem.com/nvmedicaid)

NV-WP WBGC-0218 SP CMAP HNV-WC-0060-17