

REGISTROS DE GLUCOSA

*****Llevar sus registros a todas las visitas*****

Paciente Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Proxima Cita Fecha y Tiempo:
-------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

Medicamentos Actuales Para el Azúcar en la Sangre: Por favor incluya la dosis y cuantas veces al día toma la medicación <input type="checkbox"/> Metformin: _____ <input type="checkbox"/> Humulin/Novolin N: _____ <input type="checkbox"/> Novolog/Humalog: _____	<u>Metas Para Azucar en la Sangre</u> Antes del desayuno: no superior a 95 1 hora despues de comer: no superior a 140 2 horas despues de comer: no superior a 120
--	---

Fecha	Antes del Desayuno	1 o 2 Horas DESPUES			Si su azucar en la sangre esta fuera de rango por favor, anote lo que usted comio para esa comida
		DEL DESAYUNO	DEL ALMUERZO	DE LA CENA	
		(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	
		(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	
		(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	
		(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	
		(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	
		(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	
		(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	(del circulo o) 1 2	

O su oficina PRINCIPAL para citas es (marque una):	Envíe sus registros de glucosa por correo electrónico SEMANALMENTE a:
<input type="checkbox"/> North Austin (Renfert Way)	AMFM.Nurse@hcahealthcare.com
<input type="checkbox"/> Cedar Park	AMFM.Nurse.CP@hcahealthcare.com
<input type="checkbox"/> South Austin (James Casey South), <input type="checkbox"/> CTMC San Marcos	NAMC.JCaseyefax@hcahealthcare.com
<input type="checkbox"/> Downtown Austin (IH35)	DowntownRN@hcahealthcare.com
<input type="checkbox"/> Harker Heights	HHNurse@hcahealthcare.com
<input type="checkbox"/> College Station, <input type="checkbox"/> Fredericksburg, <input type="checkbox"/> Georgetown, <input type="checkbox"/> Gonzales, <input type="checkbox"/> LaGrange, <input type="checkbox"/> Marble Falls	AMFMTelemedRN@hcahealthcare.com

Por favor verifique su doctor principal:	<input type="checkbox"/> Dr. Adusumalli <input type="checkbox"/> Dr. Bednar <input type="checkbox"/> Dr. DeStefano <input type="checkbox"/> Dr. Haeri <input type="checkbox"/> Dr. Herrera <input type="checkbox"/> Dr. Hill <input type="checkbox"/> Dr. Holliman <input type="checkbox"/> Dr. McDonnold <input type="checkbox"/> Dr. Monsivais <input type="checkbox"/> Dr. Nielsen <input type="checkbox"/> Dr. Singh
---	---