

**AdventHealth High Risk Pregnancy at Orlando - Niveles de Azúcar Sanguínea de 14 días**

Favor llenar las fechas, los niveles de azúcar sanguínea y detalles del tratamiento.

Envíe este formulario CADA 7 DÍAS por correo electrónico:  
[AHMG.CFL.HRP@AdventHealth.com](mailto:AHMG.CFL.HRP@AdventHealth.com)

Le llamaremos entre 2 días y le daremos con información a sus niveles.  
*Si no escucha de nosotros, no recibimos su formulario.*

Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Semana 1	Fechas:	Verifique rápido después de levantarse (meta <95)	Verifique una hora después de su <b>primer bocado</b> de su comida (meta <140)		
		Ayuno	Desayuno	Almuerzo	Cena

Déjenos saber si tiene alguna información respecto a los niveles arriba o algún otro detalle que debamos saber: _____ _____
---

Favor especifique que insulina o pastillas tomó para sus niveles de azúcar sanguínea, en esta semana. Incluya el nombre de la medicación, si usa un bolígrafo o inyección, y la cantidad exacta – escribe abajo en el cuadro la hora cuando lo uso o se tomó las medicaciones.

Levantandose	Desayuno	Almuerzo	Cena	Noche	Otro

Semana 2	Fechas:	Verifique rápido después de levantarse (meta <95)	Verifique una hora después de su <b>primer bocado</b> de su comida (meta <140)		
		Ayuno	Dasayuno	Almuerzo	Cena

Déjenos saber si tiene alguna información respecto a los niveles arriba o algún otro detalle que debamos saber: _____ _____
---

Favor especifique que insulina o pastillas tomó para sus niveles de azúcar sanguínea, en esta semana. Incluya el nombre de la medicación, si usa un bolígrafo o inyección, y la cantidad exacta – escribe abajo en el cuadro la hora cuando lo uso o se tomó las medicaciones.

Levantandose	Desayuno	Almuerzo	Cena	Noche	Otro