

Medicamento recetado por mi médico				Mi Registro de Diabetes
Nombre del medicamento y dosis	# veces/día	Para que se toma	Nombre del médico	Lleve un registro de sus resultados y medicamentos a cada visita
1				Nombre del Paciente:
2				
3				
4				En caso de emergencia, llámame:
5				Parentesco:
6				Teléfono:
7				Alergias:
8				Tipo de Sangre:

Fecha de Cita Médica				Metas del Paciente-Comentarios
Cada visita				
Peso (lbs)				
Presión arterial				
Azúcar en sangre				
Examinación de los pies				
Meta de Autocuidado				
Al menos dos veces al año				
A1c (valor)				
Dental				
Una vez al año:				
Examinación completa de los pies				
Examinación de colesterol				
Examinación de los ojos (dilatado cada 1 a 2 años)				
Evaluación síntomas de depresión				
Vacuna influenza				
Vacuna de pulmonía (una vez)				
Examinación de los riñones				
¿Actualmente consume tabaco?				