Diario del paciente

ELEA CARDIOVASCULAR

Nombre y Apellido: _____

Persona de contacto: _____

Teléfono de contacto: _____

Control Diario de Glucemia

Semana que comienza el: _____

	Ayunas	Almuerzo	Cena	otras	Acontecimiento especial
FECHA	Valor de glucemia	Valor de glucemia	Valor de glucemia	Valor de glucemia	