FONDO NACIONAL DE RECURSOS
Medicina Altamente Especializada

PLANILLA DE AUTOMONITOREO GLUCÉMICO

Nombre del paciente:_____ C.I.:_____

	Glucemia							
FECHA (dd/mm/aaa)	PRE-DESAYUNO	PRE-ALMUERZO	POST-ALMUERZO	PRE-MERIENDA	PRE-CENA	POST-CENA	MADRUGADA	Observaciones

Firma del paciente: _____
En caso de tratarse de pacientes menores de 18 años debe firmar madre, padre o tutor, aclarando el vínculo con el paciente.

Firma del médico: _____

SÓLO PARA DOSIS POSTERIORES