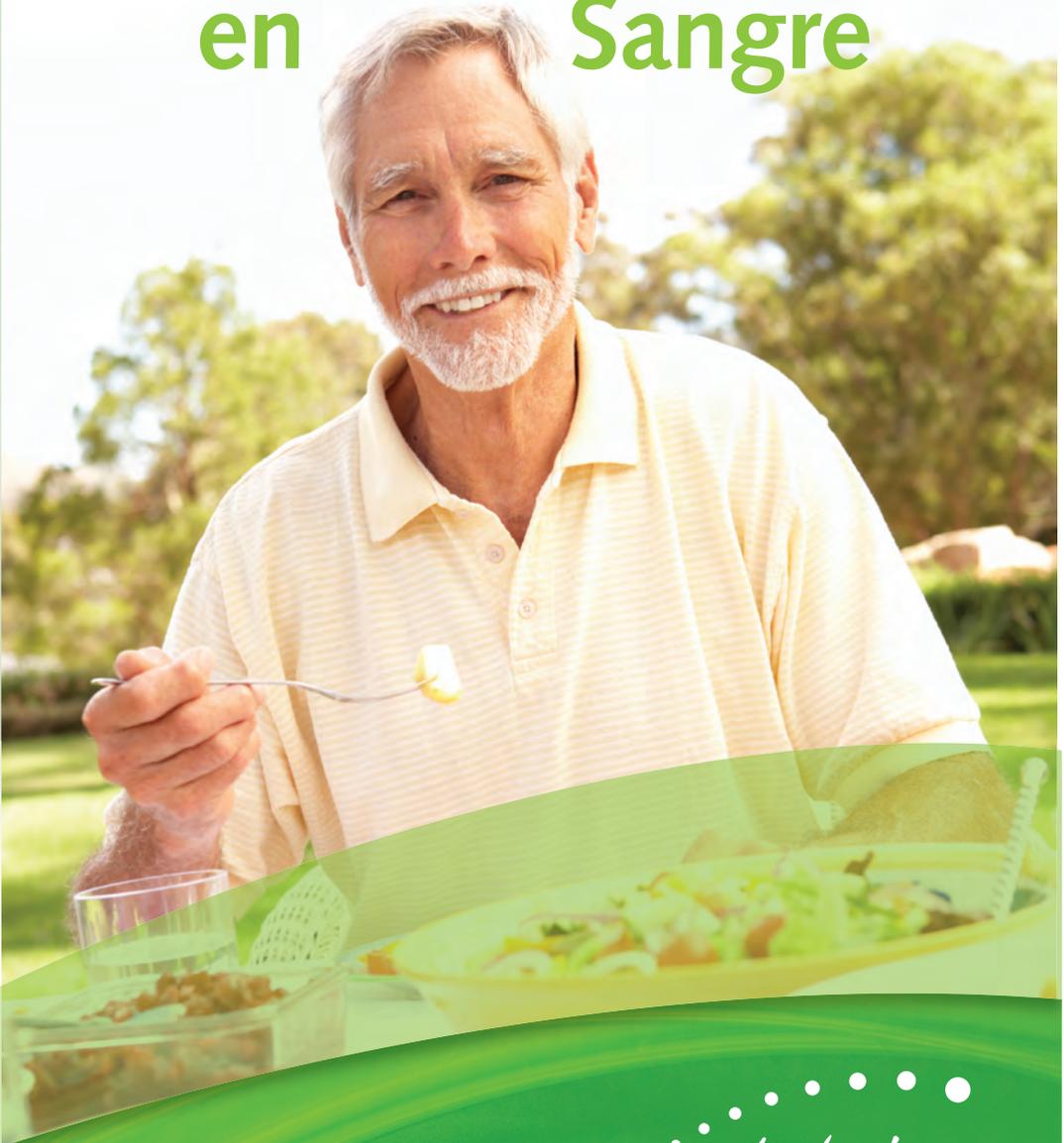




Para las Personas con Diabetes

# Diario del Azúcar en Sangre



*diabetes*

## Un Círculo de Ayuda para Vivir una Vida Sana

Usted es el centro de una vida sana con diabetes. Todos los elementos de un buen cuidado comienzan y terminan con usted.



## La Importancia de Conocer su Nivel de Azúcar en Sangre

Su nivel de azúcar en sangre (también llamado nivel de glucosa en sangre) muestra cómo usted está controlando su diabetes. Y eso es importante, ya que el mantener su azúcar bajo control le ayudará a sentirse mejor y podría ayudarle a vivir una vida larga y sana. Usted puede hacerse pruebas en su hogar — automonitoreo — para conocer su nivel de azúcar en sangre en cualquier momento.



## Lleve un Registro

Cada vez que se haga una prueba de su nivel de azúcar en sangre, anótelos en este diario. Con el tiempo, podrá ver lo que hace que su nivel suba o baje. Lleve este diario con usted cuando visite a su proveedor de atención médica y a otros miembros de su equipo de atención médica. Ellos necesitan esta información para ayudarle a tomar el control de su diabetes y ayudarle a que sus planes de comidas, ejercicios y medicinas trabajen para usted.

## Metas del Automonitoreo

La Asociación Americana de la Diabetes sugiere metas para los niveles de azúcar en sangre (con el automonitoreo) para los adultos con diabetes:

**Meta de azúcar en sangre antes de las comidas: 70-130 mg/dL**

**Meta de azúcar en sangre 1-2 horas después de comenzar las comidas: <180 mg/dL**



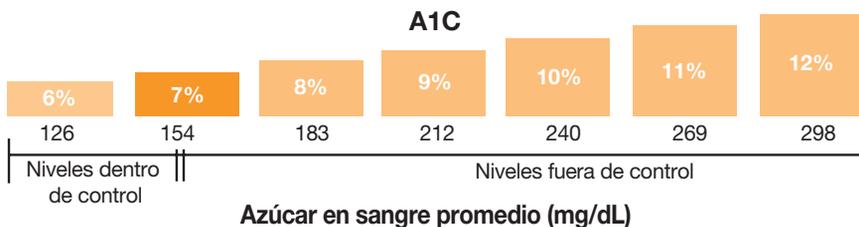
## Registro A1C

Su proveedor de atención médica hará una prueba de sangre en el consultorio que se llama prueba A1C. La prueba A1C muestra su nivel de azúcar en sangre promedio durante los últimos 2 a 3 meses. Su azúcar en sangre está bajo control si su A1C es menos o igual a 7%.

Cada vez que su médico haga pruebas de su nivel A1C, pregúntele cuál es el número y anótelos. De ese modo conocerá cuál es su nivel de azúcar en sangre a largo plazo.

## Qué Efecto tiene su Nivel de Azúcar en Sangre Promedio en el A1C

Una prueba de azúcar en sangre en ayunas muestra su condición durante ese período del día. Una prueba A1C muestra cuál ha sido su nivel de azúcar en sangre durante los últimos 2 a 3 meses.



## Mis Metas de Azúcar en Sangre

Hable con su equipo de atención médica sobre el establecimiento de metas.

Antes de las comidas, mi meta de azúcar en sangre es de \_\_\_\_\_ mg/dL a \_\_\_\_\_ mg/dL.

Dos horas después de comenzar las comidas, mi meta de azúcar en sangre es de \_\_\_\_\_ mg/dL a \_\_\_\_\_ mg/dL.

Tengo que hacerme una prueba de azúcar en sangre \_\_\_\_\_ veces al día.

- Cuando me despierto
- Después de desayunar
- Antes de almorzar
- Después de almorzar
- Antes de cenar
- Después de cenar
- Antes de acostarme
- Antes del ejercicio
- Después del ejercicio
- Otro \_\_\_\_\_



Semana de:

2/15/12

Mis metas de azúcar en sangre son:

	Medicina*	Desayuno Hora antes/después	Medicina	Almuerzo Hora antes/después
Lun	✓	102		125
		8 AM		12:30 PM
Mar	✓	97		140
		7:30 AM		12 PM 1 PM
Miér	✓	100		129
		7:30 AM		12 PM
Jue				
Vier				
Sáb				
Dom				

\* (Columna de "Medicina": Escriba los nombres de las medicinas y las cantidades tomadas.)





Semana de: \_\_\_\_\_

Mis metas de azúcar en sangre son: \_\_\_\_\_

	Medicina*	Desayuno Hora antes/después		Medicina	Almuerzo Hora antes/después	
Lun						
Mar						
Miér						
Jue						
Vier						
Sáb						
Dom						

\* (Columna de "Medicina": Escriba los nombres de las medicinas y las cantidades tomadas.)



Semana de: \_\_\_\_\_

Mis metas de azúcar en sangre son: \_\_\_\_\_

	Medicina*	Desayuno Hora antes/después		Medicina	Almuerzo Hora antes/después	
Lun						
Mar						
Miér						
Jue						
Vier						
Sáb						
Dom						

\* (Columna de "Medicina": Escriba los nombres de las medicinas y las cantidades tomadas.)



Semana de: \_\_\_\_\_

Mis metas de azúcar en sangre son: \_\_\_\_\_

	Medicina*	Desayuno Hora antes/después		Medicina	Almuerzo Hora antes/después	
Lun						
Mar						
Miér						
Jue						
Vier						
Sáb						
Dom						

\* (Columna de "Medicina": Escriba los nombres de las medicinas y las cantidades tomadas.)



Semana de: \_\_\_\_\_

Mis metas de azúcar en sangre son: \_\_\_\_\_

	Medicina*	Desayuno Hora antes/después		Medicina	Almuerzo Hora antes/después	
Lun						
Mar						
Miér						
Jue						
Vier						
Sáb						
Dom						

\* (Columna de "Medicina": Escriba los nombres de las medicinas y las cantidades tomadas.)

Período: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Este cuaderno es propiedad de:**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Tengo diabetes. En caso de emergencia, por favor notifique a:**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Médico o Educador de la Diabetes:**

Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

## Para más Información sobre la Diabetes

American Association of Clinical Endocrinologists (AACE)  
**(904) 353-7878**

[www.aace.com](http://www.aace.com)

SCAN Health Plan es una Organización Medicare Advantage con contrato de Medicare. Para preguntas sobre su diabetes o alguna otra inquietud médica, llame a su médico. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de SCAN, llame a Servicios para Miembros al 1-800-559-3500, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (TTY: 711).

G7494 12/12

Y0057\_SCAN\_7695\_2012\_SP IA12052012



US.NMH.12.05.038

Impreso en EE.UU.

1384-HFDB19309

