Registro semanal de diabetes gestacional

Nombre: _____ Semana del: _____ Unidades: _____

Objetivos de mi clínica: _____

Horario de mediciones de mi clínica: _____

Fecha	En ayunas	Después del desayuno	Después del almuerzo	Después de la cena	Notas / horas de comidas y mediciones

Anote las lecturas tal como se midieron. Siga los horarios, objetivos e instrucciones de su equipo médico. No constituye asesoramiento médico.