



# Mi Registro de Azúcar en la Sangre

# Información del Doctor

**El Nombre de mi Doctor:**

---

**El Número de Teléfono de mi Doctor:**

---

**Mi Medicamento:**

---

---

---

---

---

**Instrucciones especiales para tomarme  
mi medicamento:**

---

---

---

---

---

## Preguntas para hacerle a mi doctor

- ¿Cuál es la meta para mi azúcar en la sangre?  
En ayuno (antes de que coma cualquier cosa en el día): \_\_\_\_\_  
Después de que coma (espere 2 horas): \_\_\_\_\_
- ¿Qué tan seguido debería checar mi azúcar en la sangre?  
\_\_\_\_\_
- ¿Qué debería hacer si mi azúcar en la sangre está muy alta?  
\_\_\_\_\_
- ¿Qué debería hacer si mi azúcar en la sangre está muy baja?  
\_\_\_\_\_
- ¿Puede empeorar mi diabetes?
- Como tengo diabetes, ¿debo tomar medicamento para controlarla?
- ¿Qué tan importante es cambiar lo que como?
- ¿Qué tan importante es que yo haga ejercicio?
- ¿Necesito ir con otros doctores, como un doctor de los pies o de los ojos?

## Nivel de Emergencia de Azúcar en la Sangre

---

Si su nivel de azúcar en la sangre es:

**200**

ó más



**¡Vea a su doctor de cuidado primario o vaya a un centro de cuidados urgentes hoy!**

Pregúntele a su doctor si este número es el indicado para usted



## Ubicaciones de Cuidados Urgentes

### 1. Carenow Urgent Care

6125 W. Tropicana Ave #A  
Las Vegas, NV 89103  
702-701-8900

### 2. Southwest Medical Associates Urgent Care

888 S. Rancho Dr.  
Las Vegas, NV 89106  
702-877-5108

Para ver una lista completa de ubicaciones de Cuidados Urgentes, visite nuestra página web en [www.culinaryhealthfund.org/cuidadosurgentes](http://www.culinaryhealthfund.org/cuidadosurgentes), o llame a la Oficina de Servicio al Cliente al 702-733-9938.



# Cómo usar este registro

¿Qué comió usted?

Lunes	D	2 huevos, 2 pedazos de tocino y una rebanada de pan tostado	Antes 	Después 
03 / 03 / 2025	A			
	C			
	B			
	D			

Escriba la fecha.

Escriba los alimentos que come en cada comida.

D = Desayuno

A = Almuerzo

C = Cena

B = Botana

Miércoles

/ /

Jueves

/ /

Por favor asegúrese de escribir su nivel de azúcar en la sangre antes y después de cada comida.

D = Desayuno C = Cena  
A = Almuerzo B = Botana

Antes      Después  
      

¿Qué comió usted?

Viernes

/ /

D

A

C

B

Sábado

/

D

¿Tiene preguntas para su doctor  
o nota un patrón? Escríbalo en la  
sección de notas.

B

Domingo

/ /

D

A

C

B

Notas \_\_\_\_\_

---

---

---

# Manteniendo un registro de mi azúcar en la sangre

Antes      Después

¿Qué comió usted?

		Antes	Después
Lunes	D		
/ /	A		
	C		
	B		
Martes	D		
/ /	A		
	C		
	B		
Miércoles	D		
/ /	A		
	C		
	B		
Jueves	D		
/ /	A		
	C		
	B		

D = Desayuno C = Cena  
A = Almuerzo B = Botana

Antes      Después  
      

¿Qué comió usted?

		D			
<b>Viernes</b>  / /	A				
	C				
	B				
<b>Sábado</b>  / /	D				
	A				
	C				
	B				
<b>Domingo</b>  / /	D				
	A				
	C				
	B				

**Notas** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Manteniendo un registro de mi azúcar en la sangre

Antes      Después

¿Qué comió usted?

		Antes	Después
Lunes	D		
/ /	A		
	C		
	B		
Martes	D		
/ /	A		
	C		
	B		
Miércoles	D		
/ /	A		
	C		
	B		
Jueves	D		
/ /	A		
	C		
	B		

D = Desayuno C = Cena  
A = Almuerzo B = Botana

Antes      Después  
      

¿Qué comió usted?

		D			
<b>Viernes</b>  / /	A				
	C				
	B				
<b>Sábado</b>  / /	D				
	A				
	C				
	B				
<b>Domingo</b>  / /	D				
	A				
	C				
	B				

**Notas** \_\_\_\_\_

---

---

---

# Manteniendo un registro de mi azúcar en la sangre

Antes      Después

¿Qué comió usted?

		Antes	Después
Lunes	D		
/ /	A		
	C		
	B		
Martes	D		
/ /	A		
	C		
	B		
Miércoles	D		
/ /	A		
	C		
	B		
Jueves	D		
/ /	A		
	C		
	B		

D = Desayuno C = Cena  
A = Almuerzo B = Botana

Antes      Después  
      

¿Qué comió usted?

		D			
<b>Viernes</b>  / /	A				
	C				
	B				
<b>Sábado</b>  / /	D				
	A				
	C				
	B				
<b>Domingo</b>  / /	D				
	A				
	C				
	B				

**Notas** \_\_\_\_\_

---

---

---

# Manteniendo un registro de mi azúcar en la sangre

Antes      Después

¿Qué comió usted?

		Antes	Después
Lunes	D		
/ /	A		
	C		
	B		
Martes	D		
/ /	A		
	C		
	B		
Miércoles	D		
/ /	A		
	C		
	B		
Jueves	D		
/ /	A		
	C		
	B		

D = Desayuno C = Cena  
A = Almuerzo B = Botana

Antes      Después  
 

¿Qué comió usted?

		D			
<b>Viernes</b>  / /	A				
	C				
	B				
<b>Sábado</b>  / /	D				
	A				
	C				
	B				
<b>Domingo</b>  / /	D				
	A				
	C				
	B				

**Notas** \_\_\_\_\_

---

---

---



Ubicaciones de la Farmacia  
de la Culinaria



### Farmacia de la Culinaria - St. Louis Square

1945 S. Las Vegas Blvd. Las Vegas, NV 89104

Tel: 702-650-4417 | Fax: 702-369-5940

Lunes - Viernes | 9am - 5pm



### Farmacia de la Culinaria - Nellis

650 N. Nellis Blvd. Las Vegas, NV 89110

Tel: 702-963-9400 | Fax: 702-963-9401

Lunes - Sábado | 8am - 7pm



### Farmacia de la Culinaria - Durango

6350 S. Durango Dr. Las Vegas, NV 89113

Tel: 725-223-2100 | Fax: 725-233-2110

Lunes - Sábado | 8am - 7pm



### Farmacia de la Culinaria - Craig

960 W. Craig Rd. North Las Vegas, NV 89032

Tel: 725-332-6464 | Fax: 725-332-6454

Lunes - Sábado | 8am - 7pm

**Línea de Consejería: 702-691-5665**

Culinary Health Fund | 1901 South Las Vegas Blvd., Suite 107 | Las Vegas, NV 89104