GALATIANS COMMUNITY HEALTH

Patient Name:	DOB:	Chart#

Gestational Diabetes / Food and Blood Sugar Log

Registro de diabetes gestacional / alimentos y azúcar en sangre

Bring this form to EVERY visit for your provider to review.

** Lleve este formulario a **CADA** visita para que su proveedor lo revise.*

DATE	Fasting Blood Sugar (less than 95)	Breakfast	1hr after Breakfast - Blood Sugar (less than 140)	Lunch	1hr after Lunch - Blood Sugar (less than 140)	Dinner	1hr after Dinner - Blood Sugar (less than 140)
FECHA	*azúcar en sangre en ayunas (menos de 95)*	*desayuno*	*1 hora después del desayuno - azúcar en sangre (menos de 140)*	*comida*	*1 hora después del almuerzo - Glucemia (menos de 140)*	*cena*	*1 hora después de la cena - Glucemia (menos de 140)*