Home Care Delivered, Inc.®
More than just home delivery™

Registro de Glucosa en la Sangre

Por favor, ponga su firma y la fecha en la Sección A y llene por completo la Sección B

A: Información del paciente:

Nombre del paciente: _____ DOB (fecha de nacimiento): _____

Firma del paciente _____ **Fecha Inicial** ____/____/____ (MM/DD/YY) **Fecha Final** ____/____/____ (MM/DD/YY)

** Al firmar aquí arriba, el paciente o su representante autorizado certifica que la información sobre los resultados de la glucosa en la sangre reportada aquí abajo es exacta y completa. Si el paciente está inhabilitado de firmar debido a alguna condición física o mental, el representante autorizado del paciente deberá firmar el nombre del paciente, poner la fecha y completar la sección que aparece abajo. Al firmar a nombre del cliente, usted reconoce que tiene la autorización para hacerlo.*

Por: Firma del representante autorizado: _____ Nombre del representante autorizado: _____

Su relación con el paciente: _____ Razón física/mental por la cual el paciente no puede firmar: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

B: Blood Glucose Log: (Hoja para el control de la glucosa en la sangre):

Día 1 Resultados		Día 2 Resultados		Día 3 Resultados		Día 4 Resultados		Día 5 Resultados	
AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM

Día 6 Resultados		Día 7 Resultados		Día 8 Resultados		Día 9 Resultados		Día 10 Resultados	
AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM

Día 11 Resultados		Día 12 Resultados		Día 13 Resultados		Día 14 Resultados		Día 15 Resultados	
AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM

Día 16 Resultados		Día 17 Resultados		Día 18 Resultados		Día 19 Resultados		Día 20 Resultados	
AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM

Día 21 Resultados		Día 22 Resultados		Día 23 Resultados		Día 24 Resultados		Día 25 Resultados	
AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM

Día 26 Resultados		Día 27 Resultados		Día 28 Resultados		Día 29 Resultados		Día 30 Resultados	
AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM