DIARIO DE ALIMENTACIÓN DE **SIETE DÍAS**

CÓMO APROVECHAR AL MÁXIMO *SU DIARIO*

Usted tiene el poder de tomar el control y manejar su prediabetes o diabetes. Puede ser mucho trabajo, pero nuestro equipo de atención está aquí para guiarlo en cada paso del recorrido. Gran parte del control de la diabetes se trata de una alimentación saludable y ejercicio. Anotar su ingesta diaria de alimentos y la cantidad de actividad física puede ser útil, ya que puede mostrarle cómo esto afecta su glucosa en sangre (azúcar en sangre).

Use este diario como ayuda para llevar un registro de lo que come y cuánta actividad realiza cada día. Comience con pequeños cambios y ¡se sorprenderá de la gran diferencia que pueden lograr! Estas son las instrucciones para el diario:

Glucosa en sangre en ayunas:

Algunos pacientes deben controlar su nivel de azúcar en sangre todas las mañanas cuando se despiertan. Su proveedor de atención médica le dirá si necesita hacer esto.

- Si tiene que controlar su nivel de azúcar en sangre cuando se despierta, debe hacerlo **antes de comer o beber algo**.
- Una vez que tenga su resultado, **¡anótelo en el registro** para no olvidarlo!

Glucosa en sangre aleatoria:

Algunos pacientes deben controlar su nivel de azúcar en sangre de manera aleatoria durante el día. Su proveedor de atención médica le dirá si necesita hacer esto. Esto debe hacerse entre 1 y 2 horas después de una comida. Una vez que tenga su resultado, ¡anótelo en el registro para no olvidarlo!

- Para **cada comida** debe anotar **la hora en la que comió** y **qué comió**.
- Por **cada bebida** debe anotar **cuántas onzas bebió**.

Ejercicio:

En cuanto al ejercicio, debe anotar lo siguiente:

- El **tipo de actividad** que realizó (como correr, andar en bicicleta, nadar, una caminata rápida o lenta).
- La **cantidad de tiempo** que dedicó a hacer ejercicio.

	GLUCOSA EN SANGRE EN AYUNAS (CONTROLAR ANTES DEL DESAYUNO)	INGESTA DE LÍQUIDOS (EN ONZAS)	DESAYUNO	ALMUERZO	GLUCOSA EN SANGRE ALEATORIA	CENA	REFRIGERIOS	EJERCICIO
DÍA 1	Hora:_____ Valor: _____	Café/Té:_____ Agua: _____ Jugo: _____ Soda: _____ Leche: _____ Alcohol: _____	Hora: _____	Hora: _____	Hora:_____ Valor: _____	Hora: _____	Hora: _____	Hora: _____ Duración: _____ Tipo: _____
DÍA 2	Hora:_____ Valor: _____	Café/Té:_____ Agua: _____ Jugo: _____ Soda: _____ Leche: _____ Alcohol: _____	Hora: _____	Hora: _____	Hora:_____ Valor: _____	Hora: _____	Hora: _____	Hora: _____ Duración: _____ Tipo: _____
DÍA 3	Hora:_____ Valor: _____	Café/Té:_____ Agua: _____ Jugo: _____ Soda: _____ Leche: _____ Alcohol: _____	Hora: _____	Hora: _____	Hora:_____ Valor: _____	Hora: _____	Hora: _____	Hora: _____ Duración: _____ Tipo: _____
DÍA 4	Hora:_____ Valor: _____	Café/Té:_____ Agua: _____ Jugo: _____ Soda: _____ Leche: _____ Alcohol: _____	Hora: _____	Hora: _____	Hora:_____ Valor: _____	Hora: _____	Hora: _____	Hora: _____ Duración: _____ Tipo: _____
DÍA 5	Hora:_____ Valor: _____	Café/Té:_____ Agua: _____ Jugo: _____ Soda: _____ Leche: _____ Alcohol: _____	Hora: _____	Hora: _____	Hora:_____ Valor: _____	Hora: _____	Hora: _____	Hora: _____ Duración: _____ Tipo: _____
DÍA 6	Hora:_____ Valor: _____	Café/Té:_____ Agua: _____ Jugo: _____ Soda: _____ Leche: _____ Alcohol: _____	Hora: _____	Hora: _____	Hora:_____ Valor: _____	Hora: _____	Hora: _____	Hora: _____ Duración: _____ Tipo: _____
DÍA 7	Hora:_____ Valor: _____	Café/Té:_____ Agua: _____ Jugo: _____ Soda: _____ Leche: _____ Alcohol: _____	Hora: _____	Hora: _____	Hora:_____ Valor: _____	Hora: _____	Hora: _____	Hora: _____ Duración: _____ Tipo: _____