Cómo cuidarME

Prueba de glucosa en la sangre Traiga consigo a todas las consultas el medidor y el folleto anexo

- Antes del desayuno
- Antes del almuerzo
- Antes de la cena
- Bocadillo a la hora de acostarse
- Una vez a la semana a las 3:00 a.m.
- 15-30 minutos después del tratamiento de la baja del nivel de azúcar en la sangre.

Prueba de cetona en la orina

- Si el nivel de azúcar en la sangre es superior a 240
- Si se siente estar enfermo(a) ó no se siente bien
- Si siente molestias estomacales o vomita

Alimentos / bocadillos

Desayuno-bocadillo-almuerzo-bocadilloo-cena-bocadillo

Baja del nivel de azúcar en la sangre

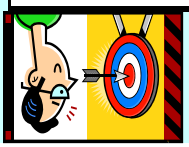
Si está alerta y habla

- 4 onzas de jugo *u*
- 8 onzas de leche *o*
- 6-8 onzas de la bebida gaseosa acostumbrada *o*
- 3 pastillas de glucosa *o* un tubo de gel de glucosa

Si el (la) niño(a) no está alerta o rechaza el tratamiento: llame al 911 y utilice el botiquín de emergencia glucagón.

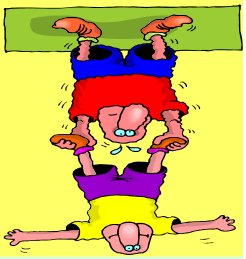
Meta 1	Trabajaré arduamente para reducir mi A1c Cumpliré con presentarme a todas mis citas médicas y de grupo.	
Meta 2	Escogeré _____ como ejercicio y lo haré _____minutos, _____veces a la semana.	
Meta 3	Cubriré todas mis necesidades de carbohi-dratos con	
Meta 4	Desayunaré ____veces a la semana.	
Meta 5	Escogeré alimentos saludables para que me ayuden a mantener el mejor peso que	
Meta 6	Me haré examinar los ojos cada año.	
Meta 7	Me examinaré el azúcar en la sangre como me lo indicó el doctor o el (la) enfermero (a) y anotaré el resultado en mi cuaderno.	
Meta 8	Iré a ver a mi dentista cada año.	
Meta 9	Hablaré con mi doctor o enfermero(a) cuando tenga dificultades para alcanzar mis metas.	
Meta 10	Yo _____	

¡SOLO PARA MÍ!



Meta A1c	Mi A1c
Nivel normal de azúcar en la sangre 80-120mg/dl	**Mi nivel de azúcar en la sangre -**

Mi equipo de cuidados



Doctor:_____
Núm. de teléfono_____

Enfermero(a):_____
Núm. de teléfono_____

Educador(a):_____
Núm. de teléfono_____

Trabajador(a) Social:_____
Núm. de teléfono_____

Dietista:_____
Núm. de teléfono_____

Enfermero(a) de la escuela:_____
Núm. de teléfono_____

Núm. de teléfono de la clínica
_____

Núm. de teléfono de la Sala de Urgencias Pediátricas
_____

Todo sobre el Me Care Plan

Me llamo _____
Tengo ____ **años de edad.**
El número de mi historial médico es _____

La fecha de hoy es ____/____/____

DOSIS DE INSULINA	Antes del desayuno	Antes del almuerzo	Antes de la cena	Bocadillo a la hora de acostarse
Lantus, NPH Novolog 70/30, Humalog 75/25				

ESCALA MÓVIL REGULAR / HUMALOG / NOVOLOG / APIDA

Nivel de glucosa	Antes del desayuno	Antes del almuerzo	Antes de la cena	Bocadillo a la hora de acostarse