

Fecha: _____

Repase este plan de acción con su médico y pídale que llene, firme y ponga la fecha en el formulario. Pídale a su médico que repase el plan de acción cada año o con más frecuencia al ser necesario.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número CIN: _____

Nombre del proveedor: _____ Número de identificación del proveedor: _____

Zona verde: Está bien y su nivel de azúcar en sangre está bajo control.

La meta para el nivel de hemoglobina A1c: _____

- Su nivel de hemoglobina A1c está por debajo de _____.
- El promedio de su nivel de azúcar en sangre es por debajo de 150.
- En ayunas, la mayoría de los niveles de azúcar en sangre son por debajo de 140.

Plan de acción: _____

Zona amarilla: Su nivel de azúcar en sangre muestra que necesita hacer algunos cambios.

- Su nivel de hemoglobina A1c está entre _____ y _____.
- El promedio de su nivel de azúcar en sangre está entre 150 a 210.
- En ayunas, la mayoría de los niveles de azúcar en sangre son por debajo de 180.

Plan de acción: _____

Zona Roja: Puede estar en peligro y tiene uno o más de los síntomas que se muestran a continuación.

- Su nivel de hemoglobina A1c es más de _____.
- El promedio de su nivel de azúcar en sangre es más de 210.
- En ayunas, la mayoría de los niveles de azúcar en sangre son más de 180.

Plan de acción: _____

Pauta para el médico: Si el paciente está frecuentemente en la zona roja, considere usar terapia de insulina o referir con un endocrinólogo.