

PLAN PARA CUIDADO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES

El medico y los padres de familia o tutores deberan completar este plan. El plan completo será revisado por la enfermera de la escuela, los asistentes de cuidado de la diabetes sin licencia y otro personal autorizado.

PART A. Un médico con licencia de ejercer la medicina en el estado de Texas para completa esta sección.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha: _____

DIAGNÓSTICO: Diabetes Tipo 1: ___ Tipo 2: ___ Diabetes Gestacional: ___ Edad de inicio: ___

MONITOREO DE LA GLUCOSA EN LA SANGRE: Rango objetivo de glucosa en sangre: _____ mg/dl

El rango objetivo de glucosa en sangre: _____ mg/dl a _____ mg/dl

Tipo de monitor de azúcar en la sangre que usa el estudiante: _____

Horarios habituales para hacer la prueba de la glucosa en sangre: _____

Horarios para hacer más pruebas: ___ Antes de ejercicio ___ Cuando el estudiante exhibe síntomas de hiperglicemia ___

Despues de ejercicio ___ Cuando el estudiante exhibe síntomas de hipoglucemia ___

Otro (explicar): _____

¿Puede un estudiante practicarse la prueba de glucosa en sangre? SI ___ No ___ Excepciones: _____

INSULINA: Horas, tipos, y dosis de insulina que debe darse durante la escuela:

Hora: _____ Tipo de Insulina: _____ Dosis: _____

Hora: _____ Tipo de Insulina: _____ Dosis: _____

Si se utiliza una dosificación flexible:

Hora: _____ Tipo de Insulina: _____ Dosis: _____ Unidades/ _____ gramos de carbohidratos

¿Puede el estudiante inyectarse a sí mismo? Si ___ No ___ Excepciones: _____

¿Puede un estudiante determinar la cantidad correcta de insulina? Si ___ No ___

¿Puede un estudiante sacar la cantidad correcta de insulina? Si ___ No ___

Corrección de la dosis de insulina: Dosis: Dar _____ unidades de _____ insulina por vía

subcutánea para la glucosa en sangre _____ mg/dl para más de _____ mg/dl o glucosa en sangre por

debajo de _____ mg/dl = nada de insulina adicional Notificar a los **padres de familia** si el nivel de glucosa está sobre ___ mg/dl Notificar al

médico si el nivel de glucosa está sobre _____ mg/dl

PARA LOS ESTUDIANTES QUE USAN JERINGAS DE INSULINA:

Tasas basales _____ 12 a.m. a _____

Tipo de Jeringa: _____ Relación insulina/carbohidratos: _____ Factor de corrección: _____ Factor de corrección

cuando: _____

¿Está capacitado el estudiante con respecto a la bomba? Si ___ No ___

¿Puede el estudiante solucionar eficientemente los problemas? (e.g, ketosis or pump malfunction?) Si ___ No ___

PARA LOS ESTUDIANTES QUE TOMAN MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES POR VÍA ORAL:

Hora: ___ Nombre del medicamento _____ Dosis: _____

Hora: ___ Nombre del medicamento _____ Dosis: _____

NO PUEDE TRAGAR, PÉRDIDA DE CONCIENCIA O TIENE CONVULSIÓN:

___ Gel de glucosa, 1 mg. glucagón por vía intramuscular o subcutánea y llamar al 911

EJERCICIO Y DEPORTES:

Restricciones de actividad, si existe alguna: _____

Los estudiantes **no** deben hacer ejercicio si la glucosa en sangre está debajo de ___ mg/dl o sobre ___ mg/dl o si es moderado a cantidades grandes o hay cetonas presentes

ESTE PLAN DE TRATAMIENTO MEDICO DE LA DIABETES HA SIDO APROBADO POR:

SIGN HERE 

Physician's Signature _____

Date _____

Phone number _____

Fax number _____

SIGN HERE 

Name of Physician's Diabetes Educator _____

Phone number _____

PART B: Padre O Tutor completa esa sección

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Escuela: _____ Grado: _____ # de Identificación: _____
 Lleva el autobús escolar: Si ___ No ___ # de autobús : _____ Toma Glucophage o Glucotrol Si ___ No ___
 Preocupaciones: _____
 Insulin Delivery Method: Inyecciones ___ Insulin pump ___ Combine glucose monitoring/insulin system: ___
 Información adicional _____
 Padre/Tutor #1: _____ Domicilio: _____
 Teléfono-Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
 Padre/Tutor #2: _____ Domicilio: _____
 Teléfono-Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
 Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____
 Teléfono-Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
 Medico del estudiante: _____ Teléfono: _____
 ¿El estudiante usa una pulsera/collar de alerta medica? Si ___ No ___

FIRMA DE AUTORIZACION DEL PADRE:

Como padre/guardián del estudiante nombrado arriba, doy permiso para el uso de este plan de salud y a la enfermera de la escuela para contactar al proveedor profesional de salud de mi hijo con respecto a la condición mencionada anteriormente.

También doy permiso a la enfermera, la asistente de cuidado de la Diabetes sin licencia (UDCA) y cualquier otros miembros del personal designado de la escuela de mi hijo/a a realizar y llevar a cabo las instrucciones de cuidado de la diabetes como indicado en el Plan de tratamiento y manejo de la Diabetes de mi hijo/a. También doy mi consentimiento para la publicación de la información contenida en este Plan de tratamiento y manejo, a todos los miembros del personal y otros adultos que tienen el cuidado custodial de mi hijo/a y que necesitan saber esta información para mantener la salud y seguridad de mi hijo/a.

Estoy de acuerdo en proveer a la escuela con todos los suministros y medicamentos necesarios para llevar a cabo el plan de tratamiento para mi hijo/a como lo indica el médico.

También estoy de acuerdo en notificar a la escuela si existen cambios al plan de tratamiento de mi hijo/a en cualquier momento a lo largo del año escolar.

 _____
 Firma del Padre/Tutor Nombre del Padre/Tutor (impronta) Fecha

Mi niño es experto en el manejo de su diabetes y es mi deseo que él o ella puede manejar independientemente su diabetes en la escuela o en un evento escolar. Mi hijo buscará ayuda de la enfermera o asistente de cuidado de la diabetes sin licencia, según sea necesario o en caso de una emergencia médica.

Firma dl Padre/Tutor: _____ Fecha: _____
 Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

Este plan de tratamiento medico de la diabetes ha sido revisado por la enfermera escolar y unlicensed diabetes care assistant.

 School Nurse Signature Date

 Unlicensed Diabetes Care Assistant Signature Date