

**TULSA PUBLIC SCHOOLS**  
**Departamento de Servicios de Salud**

**DATOS BASE SOBRE GRAVAMEN DE SALUD: DIABETES**

Nombre e Apellido _____	Grado _____	Escuela _____	Diagnosis _____
Edad _____	Maestro _____	Cuarto _____	Medoca _____
Nombre y Apellido de Padre / Guradián Legal o Persona Responsable para el Cuidado del Alumno _____			
Teléfono de Casa _____		Teléfono de Trabajo _____	
Dirección _____			
Nombre y Apellido de Padre / Guradián Legal o Persona Responsable para el Cuidado del Alumno _____			
Teléfono de Casa _____		Teléfono de Trabajo _____	
Dirección _____			
Teléfono de Emergencia #1 Nombre y Apellido _____			
Relación al Alumno _____		Teléfono _____	
Médico para este Diagnosis _____		Teléfono _____	
Otro(s) Médico(s) _____		Teléfono _____	

1. PLAN DIARIO DE MANEJO

A. Identifique las cosas que inician un ataque o episodico de alergía. Marque todo lo que appliqué al alumno.

- \_\_\_\_ Ejercicio
- \_\_\_\_ Infección Respiratoria
- \_\_\_\_ Cambios de Temperatura \_\_\_\_ grados
- \_\_\_\_ Comida (especifique) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

B. Control del Ambiente Escolar  
Nombre cualquier medios de control, medicinas de prevención y / o restricciones de dieta que el alumno Necesita para prevenir una reacción.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C. Describa reacciones del pasado (grado de severidad, es decir toma descansos, toma medicinas, va al medico, va al cuarto de emergencias, va al hospital).  
emergency room, is hospitalized).  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D. ¿Con qué frecuencia tiene el niño una reacción? \_\_\_\_ veces al semana \_\_\_\_ veces al mes \_\_\_\_ veces al año  
¿Hora del día? \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ pm

- E.
1. Rango de azúcar en la snagre (si es applicable) \_\_\_\_\_
  2. Las horas cuando se revisa \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_
  3. Cuando el azúcar en la sangre es menos de \_\_\_\_\_ haga lo siguiente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  4. Cuando el azúcar en la snagre es arriba de \_\_\_\_\_ haga lo siguiente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(VEA UD. EL OTRO LADO DE LA HOJA)**

2. SPECIAL EQUIPMENT

A. Glucometer (hora) \_\_\_\_\_

- B. Ketostix (hora) \_\_\_\_\_
- C. Botanas (hora, tipo) \_\_\_\_\_

\*Si el alumno mantiene equipo, hay que completar forma para administración por si mismo.

3. PLAN DE EMERGENCIA

A. Acción de emergencia es necesaria cuando el alumno tiene sintomas tal como \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
o cuando tiene azúcar en la sangre a nivel de \_\_\_\_\_.

- B. Pasos que tomar durante una reacción
  1. De las medicinas nombradas en la lista de abajo.
  2. Devuelva al alumno a la sala de clase si \_\_\_\_\_
  3. Hable con el padre / guardian legal o persona responsable para el cuidado del alumno si \_\_\_\_\_
  4. Otro: \_\_\_\_\_

C. BUSCUE USTED ATENCIÓN MEDICA DE CUIDADO DE EMERGENCIA SI EL ALUMNO MUESTRA CUALQUIER DE LOS SÍNTOMAS QUE SIGUEN:  
 \_\_\_\_\_ No se mejora dentro de 15-20 minutos después de tratamiento inicial con medicina y si no puede comunicarse con la persona de contacto en caso de emergencia  
 \_\_\_\_\_ Tiene azúcar en la sangre de \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

D. MEDICINAS DE EMERGENCIAEMERGENCY MEDICATIONS:

	Nombre	Cantidad	Cuando Administrar
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

E. PERSONS AUTHORIZED TO ADMINISTER GLUCOGON:  
 First Call: \_\_\_\_\_ Pager # \_\_\_\_\_  
 Second Call: \_\_\_\_\_  
**EMSA should be called when glucogon is administered.**  
**Parent should be called when glucogon is administered or if student is vomiting.**

Comments/Special Instructions  
 \_\_\_\_\_

_____ Firma de Padre / Guardián Legal o Persona Responsable para el Cuidado del Alumno	_____ Fecha
_____ Firma del Médico (si requerida)	_____ Fecha
_____ Firma de la Enfermera	_____ Fecha
_____ Firma del Maestro (si requerida)	_____ Fecha

\*ESTE PLAN TIENE QUE ESTAR REPASADO Y PUESTO AL CORRIENTE CADA AÑO ESCOLAR.