

**Owatonna Public Schools
Health Service Office**

Gestión individual de salud / Plan de emergencia
para estudiantes con **DIABETES MELLITUS**

Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Padre (s) / Tutor: _____ Teléfono (hogar): _____

_____ Teléfono (trabajo): _____

Proveedor de atención médica: _____ Teléfono: _____

Teléfono de emergencia: _____ Teléfono: _____

Edad del niño al inicio de la diabetes: _____

Cada estudiante debe traer sus propios suministros y refrigerios para la diabetes a la escuela para usarlos durante el día escolar.

Me gustaría probar los registros enviados a casa. Sí _____ No _____

La glucemia baja para mi hijo es: _____

Los signos de glucemia baja en mi hijo son: _____

¿Su hijo comprende los síntomas de glucemia baja en las primeras etapas? Sí _____ No _____

Acción correctiva a tomar para un nivel bajo de glucosa en sangre (indique los rangos si es posible, es decir, menos de 70 - un jugo, menos de 50 - dos jugos, etc.).

a. _____ C. _____

b. _____ d. _____

El personal de la escuela tratará primero a un estudiante que tenga niveles bajos de glucosa en la sangre, luego llamará a los padres y / o revisará la glucosa en la sangre 15 minutos después de que el estudiante sea tratado.

Mi hijo llevará una forma de azúcar para autotratarse. Sí _____ No _____

Tendré una forma de gel de glucosa disponible en la escuela para mi hijo. Sí _____ No _____

El glucagón solo será administrado por una enfermera con licencia. Si una enfermera no está disponible para administrar glucagón y un estudiante con diabetes tiene una reacción severa a la insulina, se realizará una llamada al 911 de inmediato.

Autorizo el glucagón como parte del plan de mi hijo. Sí _____ No _____ (Se requiere orden del médico).

Los padres deben proporcionar a la escuela una orden del médico para la administración de insulina.

La dosis base de mi hijo es _____ unidades de _____ insulina.

Las dosis de corrección se realizan utilizando la siguiente escala:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Deseo ser notificado cuando la glucosa en sangre de mi hijo esté por encima de _____.

Mi hijo busca cetonas con un nivel de glucosa en sangre superior a _____. Sí _____ No _____

Mi hijo tiene una forma de identificación diabética. Sí _____ No _____ Es _____.

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Plan revisado por: _____ Fecha: _____

Notas para el personal:

Hora del almuerzo del niño: _____

Phy del niño. Ed. Tiempo: _____

Revisado con el maestro: _____

Revisado con Phy. Ed. Profesor: _____