



ESCUELA DEL DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE RANKIN PLAN DE SALUD PARA LA DIABETES 2025-2026

FECHA DE RECEPCIÓN / /

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE O TUTOR

Fecha del plan Fechas efectivas

Este plan debe ser completado por el equipo de atención médica personal del estudiante y los padres/tutores. Se debe revisar con el personal escolar correspondiente y se deben guardar copias en un lugar de fácil acceso para la enfermera de la escuela, el personal capacitado en diabetes y otro personal autorizado.

El nombre del estudiante

Fecha de nacimiento Fecha del diagnóstico de diabetes

Calificación Maestro de aula

Condición física: Diabetes tipo 1 Diabetes tipo 2

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Madre/Tutora

Dirección

Teléfono de casa Teléfono del trabajo Celúla

Father / Guardian

Dirección

Teléfono de casa Teléfono del trabajo Celúla

Médico/proveedor de atención médica del estudiante

Dirección

Teléfono Emergencia Teléfono

Otro contacto de emergencia

Relación

Teléfono de casa Teléfono del trabajo Celúla

NOTIFICAR A LOS PADRES/TUTORES O CONTACTO DE EMERGENCIA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONE

HABILIDADES/HABILIDADES DE BOMBEO DEL ESTUDIANTE

contar carbohidratos	Sí	No	Desconectar la bomba	Sí	No
Cantidad correcta del bolo para los carbohidratos consumidos	Sí	No	Vuelva a conectar la bomba al equipo de infusión	Sí	No
Calcular y administrar bolo correctivo	Sí	No	Prepare el depósito y los tubos	Sí	No
Calcular y establecer perfiles basales.	Sí	No	Insertar equipo de infusión	Sí	No
Calcular y establecer la tasa basal temporal	Sí	No	Solucionar alarmas y mal funcionamiento	Sí	No

PARA ESTUDIANTES QUE TOMAN MEDICAMENTOS ORALES PARA LA DIABETES

Tipo de medicación: Momento:
 Otros medicamentos: Momento:

COMIDAS Y REFRIGERIOS QUE SE COMEN EN LA ESCUELA

¿Es el estudiante independiente en el cálculo y manejo de carbohidratos? Si No

COMIDA / MERIENDA	TIEMPO	CONTENIDO DE ALIMENTO/CANTIDAD
Desayuno		
Bocadillo de media mañana		
Almuerzo		
Merienda a media tarde		
Cena		

¿Merienda antes del ejercicio? Si No

¿Merienda después del ejercicio? Si No

Otros momentos para dar snacks y contenido/cantidad:
 Bocadillos preferidos:
 Alimentos a evitar, si los hay:

Instrucciones para cuándo se proporciona comida a la clase (por ejemplo, como parte de una fiesta de clase o un evento de muestra de comida):

EJERCICIO Y DEPORTES

Un carbohidrato de acción rápida como el que debería estar disponible en el lugar de ejercicio o deporte.

Restricciones a la actividad, en su caso:

El estudiante no debe hacer ejercicio si el nivel de glucosa en sangre está por debajo de mg/dl mg/dl o por encima de mg/dl o si hay cetonas en la orina de moderadas a grandes.

MONITOREO DE GLUCOSA EN SANGRE

El rango objetivo de glucosa en sangre es 70-150 70-180 Otro:

Horarios habituales para controlar la glucosa en sangre:

Horarios para realizar controles adicionales de glucosa en sangre (marque todos los que correspondan)

☐ Antes del ejercicio

☐ Después del ejercicio

☐ Cuando el estudiante presenta síntomas de hipoglucemia.

☐ Cuando el estudiante presenta síntomas de hiperglucemia.

Otro (explique):

¿Puede el estudiante realizar sus propios controles de glucosa en sangre? Si No

Excepciones:

Tipo de medidor de glucosa en sangre que utiliza el estudiante:

INSULINA

DOSIS HABITUAL A LA HORA DEL ALMUERZO

Dosis base de Humalog Novolog Insulina regular en el almuerzo (verifique el tipo de insulina de acción rápida/corta utilizada)

es unidades o realiza dosificaciones flexibles utilizando unidades/ gramos de carbohidratos..

Uso de otra insulina en el almuerzo (marque el tipo utilizado): intermedio NPH lente unidades

o unidades basales/Lantus/Ultralens. unidades.

DOSIS DE CORRECCIÓN DE INSULINA

Se debe obtener la autorización de los padres antes de administrar una dosis correctora para niveles elevados de glucosa en sangre. Yes No

	unidades si la glucosa en sangre es		to		mg/dl
	unidades si la glucosa en sangre es		to		mg/dl
	unidades si la glucosa en sangre es		to		mg/dl
	unidades si la glucosa en sangre es		to		mg/dl
	unidades si la glucosa en sangre es		to		mg/dl

¿Puede el estudiante ponerse sus propias inyecciones? Yes No

¿Puede el estudiante determinar la cantidad correcta de insulina? Yes No

¿Puede el estudiante extraer la dosis correcta de insulina? Yes No

Los padres están autorizados a ajustar la dosis de insulina en las siguientes circunstancias:

PARA ESTUDIANTES CON BOMBAS DE INSULINA

Tipo de bomba: Tarifas basales: 12:00AM to
 12:00AM to
 12:00AM to
Tipo de insulina en la bomba:
Tipo de equipo de infusión:
Relación insulina/carbohidratos: Factor de corrección:

HIPOGLUCEMIA (NIVEL BAJO DE AZÚCAR EN SANGRE)

Síntomas habituales de hipoglucemia:

Tratamiento de la hipoglucemia:

Se debe administrar glucagón si el estudiante está inconsciente, tiene un ataque (convulsión) o no puede tragar.

Ruta , Dosis: , sitio para la inyección de glucagón: brazo hermético otro:

Si se requiere glucagón, adminístrelo de inmediato. Luego, llame al 911 (u otra asistencia de emergencia) y a los padres/tutores.

HIPERGLUCEMIA (NIVEL ALTO DE AZÚCAR EN SANGRE)

Síntomas habituales de hiperglucemia:

Tratamiento de la hiperglucemia:

Se debe comprobar la presencia de cetonas en la orina cuando los niveles de glucosa en sangre están por encima mg/dl.

Tratamiento paracetonas:

Útiles que se deben mantener en la escuela

- | | |
|--|---|
| ☐ Medidor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, baterías para medidor | ☐ Bomba de insulina y suministros. |
| ☐ Dispositivo de lanceta, lancetas, guantes, etc. | ☐ Pluma de insulina, agujas para pluma, cartuchos de insulina. |
| ☐ Tiras de cetonas en orina | ☐ Fuente de glucosa de acción rápida |
| ☐ Jeringas y viales de insulina | ☐ Merienda que contiene carbohidratos |
| | ☐ kit de emergencia Glucagon |

Este Plan de Manejo Médico de la Diabetes ha sido aprobado por:

Médico/proveedor de atención médica del estudiante

Fecha

Doy permiso a la enfermera de la escuela, al personal capacitado en diabetes y a otros miembros designados del personal de la escuela para realizar y llevar a cabo las tareas de cuidado de la diabetes según lo descrito en _____'s plan de Manejo Médico de la Diabetes. También doy mi consentimiento para la divulgación de la información contenida en este Plan de control médico de la diabetes a todos los miembros del personal y otros adultos que tienen la custodia de mi hijo y que puedan necesitar conocer esta información para mantener la salud y seguridad de mi hijo.

Reconocido y recibido por:

Padre/tutor del estudiante

Fecha

Padre/tutor del estudiante

Fecha