

DIABETES EMERGENCY ACTION PLAN
PLAN DE ACCIÓN EN CASO DE EMERGENCIA POR DIABETES

(Medically Confidential Material)
(Información médica confidencial)

Place Student's
Picture Here

PLEASE PRINT: *Escriba en letra de molde:*

Student Name:

Nombre del alumno: _____

Date of Birth:

Fecha de nacimiento: _____

Teacher Name:

Nombre del maestro: _____

Grade:

Grado: _____

ATTACH COPY OF STUDENT EMERGENCY CARD FOR ADDITIONAL INFORMATION
PARA INFORMACIÓN ADICIONAL, ADJUNTE UNA COPIA DE LA TARJETA DE EMERGENCIA DEL ALUMNO

DIABETES: a disorder involving primarily carbohydrate metabolism and characterized by deficiency of the hormone insulin.

DIABETES: es una afección médica que compromete mayormente el metabolismo de carbohidratos y se caracteriza por una deficiencia en la hormona insulina.

DIABETES TYPE: TIPO DE DIABETES: _____ DATE OF DIAGNOSIS: FECHA DEL DIAGNÓSTICO: _____

SYMPTOMS OF HYPOGLYCEMIA (low blood sugar as a result of too much insulin, too little food, or too much exercise):

SÍNTOMAS DE HIPOGLUCEMIA (bajas concentraciones de azúcar en la sangre, como resultado de demasiada insulina, muy pocos alimentos o ejercicio excesivo):

- irritable, anxious (*irritabilidad, ansiedad*)
 - poor concentration (*dificultad para concentrarse*)
 - fatigue (*fatiga*)
 - shaking (*temblor*)
 - sweating (*sudor*)
 - dizzy (*mareo*)
 - pale (*palidez*)
 - headache (*dolor de cabeza*)
 - slurred speech (*el habla no es clara*)
 - impaired vision (*anomalías de la visión*)
- Other (please describe): *Otro (describa):* _____

Procedure for HYPOGLYCEMIC Reaction: *Procedimiento a seguir en una reacción HIPOGLUCÉMICA:*

SYMPTOMS OF HYPERGLYCEMIA (high blood sugar as a result of too little insulin or too much food):

SÍNTOMAS DE HIPERGLUCEMIA (altas concentraciones de azúcar en la sangre, como resultado de muy poca insulina o demasiados alimentos):

- extreme thirst (*sed excesiva*)
- frequent urination (*orina frecuente*)
- drowsiness (*somnolencia*)
- blurred vision (*visión borrosa*)
- abdominal pain (*dolor abdominal*)
- nausea (*náusea*)
- vomiting (*vómito*)

Other (please describe): *Otro (describa):* _____

Procedure for HYPERGLYCEMIC reaction: *Procedimiento a seguir en una reacción HIPERGLUCÉMICA:*

BLOOD GLUCOSE MONITORING: CONTROL DE LA GLUCOSA EN LA SANGRE:

Target range for blood glucose is: *El rango deseado de glucosa en la sangre es:* _____ mg/dl to a _____ mg/dl

Usual times to test blood glucose: *Horas habituales para determinar la glucosa en la sangre:*

At School: _____
En la escuela:

At Home: _____
En la casa:

Times to do extra blood glucose tests:* (Check all that apply)

Hora en que se hacen pruebas adicionales de glucosa en la sangre: (Marque todas las que correspondan)

*NOTE: The blood glucose level does not need to be checked prior to P.E. or recess if it occurs **after** snack, breakfast, or lunch.

*NOTA: No es necesario determinar el nivel de la glucosa sanguínea antes de Educación Física o el recreo, si éstos ocurren **después** de tomar un refrigerio, desayuno o almuerzo.

- Before exercise (*Antes de hacer ejercicio*)
- After exercise (*Después de hacer ejercicio*)
- When student exhibits symptoms of hyperglycemia, hypoglycemia and as indicated. (*Cuando el alumno muestre síntomas de hiperglucemia o hipoglucemia y según se indique*)

Blood sugar at which parent should be notified:

Nivel de la glucosa sanguínea al cual se debe informar a los padres:

Low: _____ High: _____

Bajo: Alto:

KETONE MONITORING: CONTROL DE CETONAS:

Check ketones at _____ blood sugar level. *Revise las cetonas al nivel _____ de azúcar en la sangre.*

Ketone level at which parents are to be notified: _____ *Nivel de cetonas al que se debe notificar a los padres:* _____

DAILY MANAGEMENT REGIMEN: RÉGIMEN DE CONTROL DIARIO:

*Times, types, and dosages of insulin injections and/or diabetes pills to be given:
Horario, tipo y dosis de inyecciones de insulina y/o pastillas para diabetes a suministrar:*

| At School <i>En la escuela</i> | | | At Home <i>En la casa</i> | | |
|--------------------------------|------------------|---------------------|---------------------------|------------------|---------------------|
| Time <i>Hora</i> | Type <i>Tipo</i> | Dosage <i>Dosis</i> | Time <i>Hora</i> | Type <i>Tipo</i> | Dosage <i>Dosis</i> |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

- Does student use a sliding scale for dosage of insulin? If YES, attach a copy of the scale. Yes *Si* No
¿Usa el alumno una escala variable de administración de insulina? Si la usa, adjunte una copia de la escala.
- Does student use a blood glucose correction formula? If YES, attach a copy of the formula. Yes *Si* No
¿Usa el alumno una fórmula de corrección de la glucosa sanguínea? Si la usa, adjunte una copia de la fórmula.
- What is the carbohydrate to insulin ratio? _____
¿Cuál es la proporción de carbohidratos a insulina?
- Special instructions from physician attached. Yes *Si* No
Se adjuntan las instrucciones especiales del médico.
- Special instructions from parent attached. Yes *Si* No
Se adjuntan las instrucciones especiales de los padres de familia.

For students with insulin pumps: Para alumnos que usan una bomba de infusión de insulina:

Pump settings are established by the student's healthcare provider and should not be changed by school staff.

El proveedor de servicios médicos del alumno establecerá las configuraciones de la bomba de insulina y el personal de la escuela no deberá cambiarlas.

Type of pump: _____ Insulin/carbohydrate ratio: _____ Correction factor: _____
Tipo de bomba: Proporción de insulina/carbohidratos Factor de corrección:

Is student competent in the use of the pump? Yes *Si* No

¿El alumno es competente en el uso de la bomba?

Can student effectively troubleshoot problems (e.g., ketosis, pump malfunction)? Yes *Si* No

¿El alumno puede resolver problemas de manera efectiva (ej. cetosis, mal funcionamiento de la bomba)?

DIABETIC SUPPLIES AND EQUIPMENT: MATERIALES Y EQUIPO PARA DIABÉTICOS:

As indicated by the initials in the box to the left, the parent/guardian shall provide the school nurse with the following. Medication and supplies that have expired will not be accepted.
Como lo indican las iniciales en el cuadro de la izquierda, uno de los padres/ tutor legal proporcionará lo siguiente a la enfermera escolar. No se aceptarán medicamentos ni materiales que hayan caducado.

- Blood glucose meter *Medidor de la glucosa sanguínea*
- Glucagon injection *Inyección de Glucagon*
- Glucose tablets *Tabletas de glucosa*
- Insulin *Insulina*
- Ketodiatix strips *Tiras de Ketodiatix*
- Lancets, test strips *Lancetas, tiras para determinación de glucosa*
- Snacks *Refrigerios*
- Syringes *Jeringas*
- Pump supplies (tubing, etc.) *Materiales para la bomba (tubos, etc.)*
- Any other equipment/supplies student requires *Cualquier otro equipo/materiales que requiera el alumno*

MEDICATIONS TAKEN FOR OTHER MEDICAL CONDITIONS: MEDICAMENTOS QUE TOMA PARA OTRAS AFECCIONES MÉDICAS:

| Medication <i>Medicamento</i> | Dosage <i>Dosis</i> | Time(s) <i>Hora(s)</i> | Taken At School <i>Se toma en la escuela</i> | |
|-------------------------------|---------------------|------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------|
| 1. _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> | <input type="checkbox"/> No |
| 2. _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> | <input type="checkbox"/> No |
| 3. _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> | <input type="checkbox"/> No |

Could this physical impairment substantially limit a major life activity? No Yes *Si*

¿Este trastorno físico podría limitar considerablemente una actividad fundamental de la vida?

Release of information: The undersigned parent/guardian authorizes the release and/or exchange of medical information between the school nurse and my child's physician named below as it relates to this medical condition. I further authorize the school nurse to distribute copies of this document in accordance with the distribution list below to ensure the safe and proper care of my child while being transported to and from school as well as during school hours. I understand that professional staff will use the medical information given or received and that this information will not be released to any other party not designated herein.

Autorización para dar a conocer información: El padre de familia/ tutor legal abajo firmante autoriza a comunicar y/ o intercambiar información médica entre la enfermera escolar y el médico de mi hijo indicado abajo, en lo relacionado a esta afección médica. También autoriza a la enfermera escolar a que distribuya copias de este documento de acuerdo a la lista de distribución indicada abajo, para garantizar el cuidado seguro y apropiado de mi hijo(a) mientras se le transporte a la escuela y desde ella, lo mismo que durante horas de clase. Entiendo que el personal profesional usará la información médica dada o recibida y que esta información no se dará a ninguna otra persona o grupo que no esté designado en este documento.

Physician Name: _____
Nombre del médico:

Physician Phone Number: _____
Teléfono del médico:

Physician FAX Number: _____
Número de FAX del médico:

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____
Firma de uno de los padres/ tutor legal Fecha

See student emergency card for additional information.
Consulte la tarjeta de emergencia del alumno para información adicional.