



FREDERICKSBURG INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
HEALTH SERVICES

Plan de Atención Médica de la Diabetes (DMMP)

El equipo de atención médica personal y la madre, el padre, o tutor/a del estudiante deben completar el plan. El personal de la escuela correspondiente debe revisarlo, y debe guardarse copias en un lugar de fácil acceso para la enfermera escolar, personal capacitado en diabetes y otro personal autorizado.

Fecha del plan: _____ Este plan está en vigencia durante el año escolar: _____ - _____

Nombre y apellido del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Fecha del diagnóstico de la diabetes: ____/____/____ ☐ diabetes tipo 1 ☐ diabetes tipo 2 ☐ otro

Grado: _____ Docente del curso: _____

Enfermera escolar: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Madre o tutor: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: Casa (____) _____ - _____ Celular (____) _____ - _____ Trabajo (____) _____ - _____

Correo electrónico: _____

Padre o tutor: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Correo electrónico: _____

Médico o proveedor de atención médica del estudiante: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____ N° de teléfono de emergencia: _____

Otro contacto: _____ Parentesco: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Correo electrónico: _____

CONTROL DE LA GLUCOSA EN LA SANGRE

El intervalo objetivo de la glucosa en la sangre es de ☐ 70 - 130 mg/dL ☐ 70 a 180 mg/dL
☐ Otro _____

Momentos en los que se deben verificar el nivel de glucosa en la sangre:

- ☐ En medio de la mañana ☐ Antes del almuerzo ☐ ____ Horas después del almuerzo
- ☐ 2 horas después de una dosis de corrección ☐ Antes de hacer ejercicio ☐ Después de hacer ejercicio
- ☐ Antes de la despedida ☐ Cuando presenta síntomas de hiperglucemia/hipoglucemia
- ☐ Cuando presenta síntomas de otra enfermedad ☐ Otra _____

Lugar preferido para medir: ☐ Punta del dedo ☐ Antebrazo ☐ Muslo ☐ Otro:

Tipo de medidor de la glucosa en la sangre:

Atención: la punta del dedo siempre se debe utilizar si se sospecha de hipoglucemia.

La capacidad que tiene el estudiante para realizar la verificación de la glucosa en la sangre:

- ☐ Puede hacerla independientemente
- ☐ Puede hacerla pero necesita supervisión
- ☐ Requiere que la enfermera escolar u el personal escolar capacitado la verifique

Monitor continuo de glucosa (CGM): ☐ Sí ☐ No

Tipo de medidor de glucosa en la sangre: _____

Nota: confirmar los resultados del CGM con chequeando el medidor de la glucosa en la sangre antes de tomar medidas para responder a los niveles del CGM. Si el estudiante tiene síntomas o signos de hipoglucemia comprueba el nivel de glucosa en la sangre de la punta del dedo independientemente del CGM.

TRATAMIENTO DE LA HIPOGLUCEMIA

Síntomas habituales de la hipoglucemia (bajo nivel de azúcar en la sangre):

Si muestra síntomas de hipoglucemia, o si el nivel de la glucosa en la sangre es menos de _____ mg/dL, dé un producto de glucosa de acción rápida igual a _____ gramos de carbohidrato.

Vuelva a controlar la glucosa en la sangre en 10-15 minutos y repetir el tratamiento si el nivel de la glucosa en la sangre es menos de mg/dL.

Tratamiento adicional: _____.

TRATAMIENTO DE LA HIPOGLICEMIA (Continuación)

Si el estudiante no puede comer ni beber, está inconsciente o no responde, o está teniendo epilepsia o convulsiones (movimientos):

1. Den el glucagón : ☐ 1 mg ☐ 1/2 mg Ruta: ☐ SC ☐ IM Sitio para inyección: ☐ brazo ☐ muslo ☐ otro _____
2. Llame al 911 (Servicios Médicos de Emergencia) y a los padres/tutores del estudiante.
3. Póngase en contacto con el proveedor de atención médica del estudiante.

TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA

Síntomas habituales de la hipoglucemia (alto nivel de azúcar en la sangre):

Administre un examen de ☐ Orina ☐ Sangre para verificar el nivel de cetonas cada _____ horas cuando los niveles de la glucosa en la sangre están por encima de _____ mg/dL.

Para la glucosa en la sangre mayor de mg/dL y al menos _____ horas desde la última dosis de insulina, dé una dosis de corrección de insulina (ver pedidos inferiores).

Para los usuarios de la bomba de insulina: vea la información adicional para el estudiante con bomba de insulina.

Dé más agua u otra bebida sin azúcar (no jugos de frutas): _____ onzas cada hora.

Tratamiento adicional de cetonas: _____

- Siga las ordenes de actividad física y del deporte (ver página 7)
- Notifique a los padres/tutores cuando empiece la hiperglucemia.
- Si el estudiante tiene síntomas de una emergencia de la hiperglucemia, incluyendo:
 - ☐ sequedad de boca
 - ☐ sed intensa
 - ☐ náuseas y vómitos
 - ☐ dolor abdominal severo
 - ☐ respiración dificultosa o falta de aire
 - ☐ dolor en el pecho
 - ☐ aumento de la somnolencia o letargo
 - ☐ disminución del nivel de conciencia

Llame al 911 (Servicios de emergencias médicas) y a los padres/tutores del estudiante

- Póngase en contacto con el proveedor de atención médica del estudiante.

TERAPIA DE INSULINA

Manera de administrar insulina: ☐ jeringa de insulina ☐ pluma de insulina ☐ bomba de insulina

Tipo de la terapia de insulina en la escuela:

- ☐ Terapia de insulina ajustable
- ☐ Terapia de insulina fija
- ☐ No insulina

Terapia de insulina ajustable

• Nombre de la insulina: _____

• La cobertura de carbohidratos: ratio insulina a carbohidratos:

Almuerzo: 1 unidad de insulina por _____ gramo de carbohidratos

Merienda: 1 unidad de insulina por _____ gramo de carbohidratos

Ejemplo de cómo calcular la dosis de cobertura de carbohidratos

Gramos totales de carbohidratos en la comida

_____ = unidades de insulina

Ratio insulina por gramos de carbohidratos

• Dosis de corrección:

Factor de sensibilidad a la insulina/corrección del azúcar en la sangre = _____

El objetivo de azúcar en la sangre = _____ mg/dL

Ejemplo de cómo calcular la dosis de corrección

Nivel de azúcar en la sangre real — nivel de azúcar en sangre objetivo

_____ = unidades de insulina

Factor de sensibilidad a la insulina/corrección del azúcar en la sangre

Escala de dosis de corrección (se puede usar en lugar del cálculo anterior para determinar la dosis de corrección de insulina):

_____ unidades si la glucosa en la sangre es de _____ a _____ mg/dL

_____ unidades si la glucosa en la sangre es de _____ a _____ mg/dL

_____ unidades si la glucosa en la sangre es de _____ a _____ mg/dL

_____ unidades si la glucosa en la sangre es de _____ a _____ mg/dL

TERAPIA DE INSULINA (Continuación)

Cuando se da la insulina:

Almuerzo

- ☐ Sólo cobertura para los carbohidratos
- ☐ Cobertura para los carbohidratos, más dosis de corrección cuando la glucosa en la sangre es mayor de _____ mg/dL y más de _____ horas desde la última dosis de la insulina.
- ☐ Otro: _____

Merienda

- ☐ No hay cobertura para la merienda
- ☐ Sólo cobertura para los carbohidratos
- ☐ Cobertura para los carbohidratos, más dosis de corrección cuando la glucosa en la sangre es mayor de _____ mg/dL y más que _____ horas desde la última dosis de la insulina.
- ☐ Otro: _____

Corrección de dosis aparte:

- ☐ Dosis de corrección cuando la glucosa en la sangre es mayor de _____ mg/ dL y más de _____ horas desde la última dosis de la insulina.
- ☐ Otro: _____

Terapia de insulina fija:

Nombre de la insulina: _____

- ☐ Unidades de insulina dado antes del almuerzo cada día
- ☐ Unidades de insulina dado antes de la merienda cada día
- ☐ Otro: _____

Autorización de los padres/tutores para ajustar la dosis de insulina:

- ☐ Sí ☐ No La autorización de los padres/tutores debe ser obtenido antes que la administración de una dosis de corrección.
- ☐ Sí ☐ No Los padres/tutores están autorizados para aumentar o disminuir la corrección escala de la dosis dentro del siguiente rango: +/- _____ unidades de insulina.
- ☐ Sí ☐ No Los padres/tutores están autorizados para aumentar o disminuir el ratio de insulina a carbohidratos dentro del siguiente rango: _____ unidades de insulina por gramos prescritas de carbohidratos, +/- _____ gramos de carbohidratos.
- ☐ Sí ☐ No Los padres/tutores están autorizados para aumentar o disminuir la dosis fija de insulina dentro del siguiente rango: +/- _____ unidades de insulina .

TERAPIA DE INSULINA (Continuación)

☐ Sí ☐ No

OTROS MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES

Tipo de medicamento: _____ Dosis: _____ Vía: _____ Horario: _____

Tipo de medicamento: _____ Dosis: _____ Vía: _____ Horario: _____

PLAN DE COMIDA

Comida/Refrigerio	Horario	Contenido/cantidad de los alimentos (gramos)
Desayuno	_____	Entre _____ y _____
Refrigerio a media mañana	_____	Entre _____ y _____
Almuerzo	_____	Entre _____ y _____
Refrigerio a media tarde	_____	Entre _____ y _____

Otros momentos en los que se debe dar refrigerios, indicando contenido y cantidad:

Instrucciones para cuando se proveen alimentos a los alumnos (por ejemplo, como parte de una fiesta en el aula o un evento en el que se degustan alimentos):

¿Puede el estudiante calcular por sí mismo la cantidad de carbohidratos que consume?

- ☐ Sí, puede hacerlo independientemente
- ☐ Necesita supervisión
- ☐ Requiere que la enfermera escolar o el personal escolar capacitado le ayude

EJERCICIO Y DEPORTES

Una fuente de glucosa de acción rápida debe estar disponible en el sitio de deportes y educación física. Algunos ejemplos son tabletas de glucosa y jugo que contiene azúcar.

El estudiante debe comer ☐ 15 gramos ☐ 30 gramos ☐ otra cantidad de carbohidratos

☐ Antes de ☐ Cada 30 minutos durante ☐ Después de la actividad física vigorosa ☐

Otro: _____

Si el más reciente nivel de la glucosa en la sangre es menos de _____ mg/dl, el estudiante puede participar en actividad física siempre y cuando la glucosa en la sangre se corrija y es por encima de _____ mg / dl.

Debe evitar la actividad física cuando la glucosa en la sangre sea mayor que mg/dL o si las cetonas en la orina/sangre son moderadas o grandes.

(Información adicional para los estudiantes que usan la bomba de insulina se encuentra en página 6.)

PLAN DE DESASTRES

Para prepararse para un desastre imprevisto o emergencia (72 horas), obtenga un equipo de emergencia de los padres/tutores.

- ☐ Continúe siguiendo las órdenes contenidas en este DMMP.
- ☐ Pedidos adicionales de insulina de la siguiente manera: _____
- ☐ Otro: _____

Firmas

Este Plan de Atención Médica de la Diabetes ha sido aprobado por:

Médico o proveedor de atención médica del estudiante

Fecha

Yo (padre/madre/tutor) autorizo a la enfermera escolar, al personal capacitado en diabetes y a otros miembros del personal designados de la escuela _____ a realizar las tareas de atención de la diabetes explicadas en el Plan de Atención Médica de la Diabetes de (estudiante) _____. También expreso mi consentimiento para que se divulgue la información contenida en este Plan de Atención Médica de la Diabetes a todos los miembros del personal y a otros adultos que estén a cargo del cuidado de mi hijo y que necesiten conocer esta información con el fin de preservar la salud y la seguridad de mi hijo. También doy autorización a la enfermera escolar u otro profesional de salud para que pueda contactar al médico/proveedor de atención médica de mi hijo.

Aceptado y recibido por:

Madre/padre/tutor del estudiante

Fecha

Madre/padre/tutor del estudiante

Fecha

Enfermera escolar/otro profesional de salud

Fecha