

AGREEMENT FOR STUDENTS INDEPENDENTLY MANAGING THEIR DIABETES

Student _____ School/grade _____

STUDENT

- I agree to dispose of any sharps either by keeping them in my kit and disposing at home, or placing them in the sharps container provided at school.
- I will notify the health office if my blood sugar is below _____ mg/dl or above _____ mg/dl.
- I will not allow any other person to use my diabetes supplies.
- I plan to keep my diabetes supplies: _____ with me _____ in the school health office _____ in an accessible and secure location (located in _____)
- I understand that the freedom to manage my diabetes independently is a privilege and I agree to abide by this contract.

Student's Signature _____ Date _____

PARENT/GUARDIAN

- I agree that my child can self manage his/her diabetes and can recognize when he/she needs to seek the help of a staff member.
- It has been recommended to me that back up supplies be provided to the health office for emergencies.
- I understand that this contract is in effect for the current school year unless revoked by the physician or the student fails to meet the above safety contingencies.

Parent's Signature _____ Date _____

SCHOOL NURSE

- School staff that have the need to know about the student's condition and the need to carry their diabetes supplies have been notified.

School Nurse's Signature _____ Date _____

ACUERDO PARA ESTUDIANTES QUE MANEJAN SU DIABETES INDEPENDIENTEMENTE

Estudiante _____

Escuela/Grado _____

ESTUDIANTE

- Yo estoy de acuerdo en desechar cualquier artículo filoso (como agujas) en casa, por medio de mantenerlo junto con mis productos para diabetes, o en la escuela al ponerlo en el lugar proveído para desechar artículos filosos.
- Voy a notificar a la enfermería si mi nivel de azúcar está abajo de _____ mg/dl o arriba de _____ mg/dl.
- Yo no voy a permitirle a nadie más usar mis productos para diabetes.
- Yo planeo mantener mis productos para diabetes: ___ conmigo ___ en la enfermería ___ en un lugar accesible y seguro (localizado en _____)
- Yo entiendo que la libertad de manejar mi diabetes independientemente es un privilegio y estoy de acuerdo en acatar este contrato.

Firma del Estudiante _____

Fecha _____

PADRE/TUTOR

- Yo estoy de acuerdo en que mi hijo(a) puede manejar su diabetes solo(a) y que puede reconocer si necesita la ayuda del personal escolar.
- Me han recomendado dejar productos adicionales para diabetes en la enfermería en caso de alguna emergencia.
- Yo entiendo que este contrato es efectivo para el año escolar actual a menos de que sea revocado por el médico o si el estudiante infringe las medidas de seguridad ya mencionadas.

Firma de Padre/Tutor _____

Fecha _____

ENFERMERA ESCOLAR

- Ya hemos notificado al personal escolar que necesite saber sobre la condición del estudiante y su necesidad de llevar consigo sus productos para diabetes.

Firma de la Enfermera Registrada _____

Fecha _____