



Formulario complementario sobre diabetes
Año Escolar: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nac.: _____

Grado para esta inscripción: _____ Escuela _____

Ha marcado en el expediente escolar que este alumno tiene **diabetes**.
Para los estudiantes con diabetes necesitamos nuevas instrucciones para la escuela para cada año escolar. Estas instrucciones pueden ser enviadas por fax al 503-769-3668. Si tiene preguntas, puede llamar a la enfermera del distrito al 503-769-4930.

Nombre del proveedor de atención médica para la diabetes del estudiante: _____

Ubicación del proveedor de atención médica para la diabetes (OHSU, Legacy, Kaiser etc.) _____

- Diabetes Tipo 1
- Diabetes Tipo 2 - note a continuación planes de control de la diabetes

Para Diabetes Tipo 1

Monitorea el nivel de azúcar en la sangre con:

- Medidor de Glucosa digital como principal método
- Monitoreo Continuo de Glucosa con medidor de glucosa digital como reserva
 - Dexcom (Medidor continuo de glucosa en tiempo real)
 - Estilo Libre
 - Otro _____

Administra la insulina con:

- Inyección – pluma o jeringa
- Marca de la bomba de insulina: _____

Estudiantes de las Escuelas Secundaria y Preparatoria:

¿Su estudiante planea participar en deportes?

- Si
- No
- No estoy seguro(a)

Información adicional para planear el próximo año escolar:

Firma del Padre

Fecha

En caso de una situación que el personal de la escuela considere que es una emergencia, se llamará al 911 y los estudiantes serán transportados al Hospital Santiam Memorial si el personal de emergencia lo considera apropiado.

Recuerde informar a la enfermera del distrito de los cambios en los planes de tratamiento de la diabetes de su hijo(a). También es muy importante que todos los datos de contacto estén actualizados en caso de emergencia.