American Diabetes Association.
Connected for Life

Safe at School®

Plan de Manejo Médico de la Diabetes

AÑO ESCOLAR:

(Agregar la foto del estudiante aquí.)

APELLIDO DEL ESTUDIANTE: NOMBRE: FECHA DE NACIMIENTO:

TABLA DE CONTENIDOS

SECCIONES PARA PADRES O TUTORES	PÁGINA	SECCIÓN
Datos demográficos	1	1
Suministros/Plan de Desastres/Campo	1	2
Habilidades de automanejo para viajes	2	3
Reconocimiento del estudiante de niveles altos/bajos	2	4
Monitoreo de glucosa en la escuela	2	5
Firma de aprobación del padre o madre	6	9

SECCIONES PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE LA DIABETES	PÁGINA	SECCIÓN
Dosis de insulina en la escuela	3	6
Tabla de dosificación (actualización de una sola página)	4	6A
Escala móvil de corrección	4	6B
Insulina de acción prolongada Otros medicamentos	4	6C
Otros medicamentos	4	6D
Prevención de nivel bajo de glucosa	5	7
Manejo de nivel bajo de glucosa	5	8
High Glucose Management	6	9
Manejo de nivel alto de glucosa	6	9

PADRES O TUTORES: Completar las páginas 1 y 2 de este formulario y aprobar el plan final en la página 6.

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA—PARA QUE EL PADRE O TUTOR LO COMPLETE

Nombre del estudiante: Apellido: Fecha de nacimiento: Número de celular del estudiante: Tipo de diabetes: Fecha de diagnóstico: Mes: Año:

Nombre de la escuela: Número de teléfono Número de fax de Grado:

Salón principal: Punto de contacto de la escuela: Número de teléfono de contacto:

HORARIO DEL ESTUDIANTE Hora de llegada: Hora de salida:

Llega a la escuela en (marcar todo lo que corresponda):
- ☐ A pie/bicicleta
- ☐ Automóvil
- ☐ Autobús
- ☐ Asiste a un programa antes de la escuela

Horario de comidas:
- ☐ Desayuno
- ☐ Refrigerio matutino
- ☐ Almuerzo
- ☐ Refrigerio por la tarde
- ☐ Refrigerio antes de la hora de salida

Actividad física:
- ☐ Gimnasia
- ☐ Recreo
- ☐ Deportes
- ☐ Información adicional:

Viaja a:
- ☐ Casa
- ☐ Programa después de la escuela

Por medio de:
- ☐ A pie/bicicleta
- ☐ Automóvil
- ☐ Conductor estudiante
- ☐ Autobús

Padre o tutor número 1 (contactar primero): Relación:

Número de celular: Número telefónico de casa: Número del trabajo:

Dirección de correo electrónico:

Indicar el método de contacto de preferencia:

Padre o tutor número 2: Relación:

Número de celular: Número telefónico de casa: Número del trabajo:

Dirección de correo electrónico:

Indicar el método de contacto de preferencia:

2. SUMINISTROS NECESARIOS / PLANIFICACIÓN PARA DESASTRES / EXCURSIONES PROLONGADAS

1. El padre o tutor debe proporcionar un mínimo de 3 días de los siguientes suministros para el manejo de la diabetes y deben estar accesible para el cuidado del estudiante en todo momento.

- Insulina
- Agujas para jeringas o plumas
- Tiras reactivas para cetonas
- Tratamiento para niveles bajos y refrigerios
- Glucagón
- Toallitas antisépticas
- Medidor de glucosa en sangre con (tiras reactivas, lancetas, batería adicional): requerido para todos los usuarios de medidores continuos de glucosa (MCG)
- Suministros para microinfusora (set de infusión, cartucho, batería extra/cable de carga) si corresponde
- Suministros adicionales:

2. Ver los detalles de la planificación para desastres o emergencias: consultar la Guía de Safe at School

3. Revisar las fechas de vencimiento y las cantidades mensualmente y reemplazar los artículos antes de las fechas de vencimiento

4. En el caso de un desastre o una excursión prolongada, una enfermera escolar u otro personal designado llevará los suministros y medicamentos para la diabetes del estudiante a la ubicación del estudiante.

Nombre del proveedor de atención médica/clínica:

Número de contacto: Número de fax:

Dirección de correo electrónico (comunicación no esencial): Otro:

APELLIDO DEL ESTUDIANTE: | NOMBRE: | FECHA DE NACIMIENTO:

3. HABILIDADES DE AUTOMANEJO (DEFINICIONES A CONTINUACIÓN)

		Apoyo completo	Supervisión	Autocuidado
Monitoreo de glucosa:	Medidor	☐	☐	☐
	MCG ☐ (Requiere calibración)	☐	☐	☐
Conteo de carbohidratos		☐	☐	☐
Administración de insulina:	Jeringa	☐	☐	☐
	Pluma	☐	☐	☐
	Microinfusora	☐	☐	☐
Puede calcular dosis de insulina		☐	☐	☐
Manejo de glucosa:	Glucosa baja	☐	☐	☐
	Glucosa alta	☐	☐	☐

Lleva sus propios suministros para la diabetes: ☐ Sí ☐ No Especificar los artículos:
Teléfono inteligente: ☐ Sí ☐ No

Independencia del dispositivo: ☐ MCG ☐ Interpretación y manejo de alarmas ☐ Inserción del sensor ☐ Calibración ☐ Microinfusoras de insulina ☐ Bolo
☐ Conexiones/desconexiones ☐ Ajuste basal temporal ☐ Interpretación y manejo de alarmas ☐ Inserción en el sitio ☐ Cambio de cartucho

Apoyo completo: La enfermera escolar y el personal capacitado (según lo permitido por la ley estatal) realizan todo el cuidado.
Supervisión: Personal capacitado para ayudar y supervisar. Guiar y fomentar la independencia.
Autocuidado: Maneja la diabetes de forma independiente. El apoyo se proporciona a pedido y según sea necesario.

4. RECONOCIMIENTO DEL ESTUDIANTE DE SÍNTOMAS DE NIVEL ALTO O BAJO DE GLUCOSA (MARCAR TODO LO QUE CORRESPONDA)

Síntomas de glucosa alta:
☐ Sed ☐ Orina frecuente ☐ Fatiga/Cansancio/Soñoliento ☐ Dolor de cabeza ☐ Vista borrosa ☐ Piel caliente/seca/sonrojada
☐ Molestias abdominales ☐ Náuseas/vómitos ☐ Aliento afrutado ☐ Asintomático ☐ Otros:

Síntomas de glucosa baja:
☐ Ninguno ☐ Hambre ☐ Tembloroso ☐ Pálido ☐ Sudoroso ☐ Cansado/Soñoliento ☐ Lloroso/llorando ☐ Mareado ☐ Irritable
☐ Incapaz de concentrarse ☐ Confusión ☐ Cambios de personalidad ☐ Otro:

¿El estudiante perdió el conocimiento, experimentó una convulsión o requirió glucagón?: ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, fecha del último episodio:

¿El estudiante ha sido hospitalizado por cetoacidosis diabética después del diagnóstico?: ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, fecha del último episodio:

5. MONITOREO DE GLUCOSA EN LA ESCUELA

Monitor Glucose:
☐ Antes de las comidas ☐ Con quejas físicas/enfermedad (incluir la prueba de cetonas) ☐ Síntomas de glucosa alta o baja
☐ Antes de los exámenes ☐ Antes de la actividad física ☐ Después de la actividad física ☐ Antes de salir de la escuela ☐ Otro:

MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA (MCG)

Especificar la marca y el modelo:

Especificar el equipo de visualización:
☐ Lector de dispositivo ☐ Teléfono inteligente ☐ Microinfusora de insulina ☐ Reloj inteligente ☐ iPod/iPad/Tablet

☐ El padre o tutor monitorea el medidor continuo de glucosa remotamente. Documentar el plan de comunicación individualizado en la Sección 504 u otro plan para minimizar las interrupciones para el estudiante.

☐ Puede usar medidor continuo de glucosa para monitoreo/tratamiento/dosificación de insulina a menos que los síntomas no coincidan con la lectura.

Alarmas de MCG:

Alarma de nivel bajo mg/dL

Alarma de nivel alto mg/dL if applicable

☐ **Sección 1-5 completada por el padre o tutor**

Por favor:
- permitir el acceso del estudiante al dispositivo de visualización en todo momento;
- permitir el acceso al Wi-Fi de la escuela para la recopilación de datos del sensor y el intercambio de datos;
- no desechar el transmisor si el sensor se cae.

Realizar una punción en el dedo si:
- la lectura de glucosa está por debajo de mg/dL o por encima de mg/dL
- la lectura del medidor continuo de glucosa todavía está por debajo de mg/dL (POR DEFECTO 70 mg/dL) 15 minutos después del tratamiento para un nivel bajo;
- el sensor del medidor continuo de glucosa se desaloja o la lectura del sensor no está disponible (consultar el anexo del medidor continuo de glucosa para más información);
- las lecturas del sensor son inconsistentes o hay alertas o alarmas;
- el Dexcom no tiene un número y una flecha presentes;
- el Libre muestra el Símbolo de Medir glucosa en sangre;
- se usa el sistema Medtronic con el sensor Guardian.

Notificar a los padres o tutores si la glucosa está:

por debajo de mg/dL (<55 mg/dL POR DEFECTO)

por encima de mg/dL (>300 mg/d POR DEFECTO)

Nombre del proveedor de atención médica/clínica:

Número de contacto: Número de fax:

Dirección de correo electrónico (comunicación no esencial): Otro:

APELLIDO DEL ESTUDIANTE: | NOMBRE: | FECHA DE NACIMIENTO:

6. DOSIS DE INSULINA EN LA ESCUELA - PARA QUE EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA LO COMPLETE

Insulina administrada por medio de:

☐ Jeringa
☐ Pluma de insulina (☐ unidades enteras ☐ medias unidades)
☐ i-Port
☐ Pluma inteligente
☐ Otro
☐ Microinfusora de insulina (especificar marca y modelo):
☐ La microinfusora de insulina usa Administración automática de insulina (dosificación automática) con un dispositivo aprobado por la FDA
☐ La microinfusora de insulina usa Tecnología de circuito cerrado hecha en casa (el niño o padre maneja el dispositivo de forma independiente, la enfermera ayudará con el resto del manejo de la diabetes)

☐ **LA DOSIFICACIÓN** la determina la calculadora de bolo en la microinfusora de insulina o la pluma o medidor inteligente, a menos que haya cetonas moderadas o abundantes presentes o en caso de falla del dispositivo (proporcionar insulina por medio de inyección usando la tabla de dosificación en la sección 6A).

Pautas para la administración de insulina

Momento de la administración de insulina: la administración de insulina antes de las comidas es importante para mantener un buen manejo de la glucosa. Las dosis tardías o parciales se usan con estudiantes que demuestran patrones de alimentación impredecibles o rechazan la comida. Proporcionar carbohidratos de sustitución cuando el estudiante no termine su comida.

☐ **Antes de la comida** (POR DEFECTO)
☐ **Después de la comida** tan pronto como sea posible y antes de que pasen 30 minutos
☐ **Refrigerios** evitar los refrigerios horas (POR DEFECTO 2 horas) antes y después de las comidas

Dosis parcial antes de la comida: (de preferencia para patrones de alimentación impredecibles usando **terapia con microinfusora de insulina)**

☐ Calcular las dosis para las comidas usando gramos de carbohidratos antes de la comida
☐ Seguir la comida con el resto de los gramos de carbohidratos (es posible que no sea necesario con la terapia de microinfusora híbrida avanzada)
☐ Se puede avanzar a Antes de la comida cuando el estudiante demuestre patrones de alimentación consistentes.

Para las inyecciones, calcular la dosis de insulina al más cercano:

☐ Media unidad (redondear hacia abajo para < 0.25 o < 0.75 y redondear hacia arriba para ≥ 0.25 o ≥ 0.75)
☐ Unidad entera (redondear hacia abajo para < 0.5 y redondear hacia arriba para ≥ 0.5)

Órdenes de insulina complementaria:

☐ Medir las CETONAS antes de administrar la dosis de insulina si la glucosa en sangre > mg/dL (POR DEFECTO >300 mg/dL o >250 mg/dL en la microinfusora de insulina) o si el estudiante se queja de síntomas físicos. Consultar la sección 9 para encontrar información sobre el manejo del nivel alto de glucosa.

☐ Los padres o tutores están autorizados para ajustar la dosis de insulina +/- unidades
- ☐ Dosis de insulina +/- unidades
- ☐ Dosis de insulina +/- %
- ☐ Proporción de insulina a carbohidratos +/- gramos/unidades
- ☐ Factor de insulina +/- mg/dL/unidad

Orientación adicional sobre los ajustes de los padres:

Nombre del proveedor de atención médica/clínica:

Número de contacto: | Número de fax:

Dirección de correo electrónico (comunicación no esencial): | Otro:

Plan de Manejo Médico de la Diabetes

APELLIDO DEL ESTUDIANTE: | NOMBRE: | FECHA DE NACIMIENTO:

6A. TABLA DE DOSIFICACIÓN — PARA QUE LA COMPLETE EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA – FORMULARIO DE ÓRDEN DE ACTUALIZACIÓN DE UNA SOLA PÁGINA

Insulina: (administered for food and/or correction)

Insulina de acción rápida: ☐ Humalog/Admelog (Lispro), Novolog (Aspart), Apidra (Glulisina) ☐ Otra:

Insulina de acción ultrarrápida: ☐ Fiasp (Aspart) ☐ Lyumjev (Lispro-aabc) ☐ Otra:

Otra insulina: ☐ Humulin R ☐ Novolin R

Comida y horario	Dosis de alimentos		Dosis de corrección de glucosa ☐ Usar la fórmula ☐ Consultar la escala móvil 6B	☐ Dosis para día de educación física o actividad
Seleccionar si la dosificación es necesaria para la comida	☐ **Proporción de carbohidratos:** Gramos totales de carbohidratos divididos por la proporción de carbohidratos = Dosis de carbohidratos	☐ **Dosis fija para la comida**	**Fórmula:** (Lectura de glucosa antes de las comidas menos **Glucosa objetivo**) dividida entre **el Factor de corrección** = Dosis de corrección ☐ Se puede administrar la dosis de corrección horas según sea necesario (POR DEFECTO 3 horas)	**Ajustar:** ☐ **Dosis de carbohidratos** ☐ **Dosis total** Indicar las instrucciones de dosis a continuación:
☐ **Desayuno**	Desayuno Proporción de carbohidratos = g/unidad	**Desayuno** unidades	☐ **La glucosa objetivo** es: mg/dL & **el factor de corrección** es: mg/dL/unidad ☐ **Sin dosis de corrección**	Proporción de carbohidratos g/unidad Restar % Restar unidades
☐ **Refrigerio matutino**	Refrigerio matutino Proporción de carbohidratos = g/unidad ☐ Sin dosis de carbohidratos ☐ Sin insulina si < gramos	**Refrigerio matutino** unidades	☐ **La glucosa objetivo** es: mg/dL & **el factor de corrección** es: mg/dL/unidad ☐ **Sin dosis de corrección**	Proporción de carbohidratos g/unidad Restar % Restar unidades
☐ **Almuerzo**	Almuerzo Proporción de carbohidratos = g/unidad	**Almuerzo** unidades	☐ **La glucosa objetivo** es: mg/dL & **el factor de corrección** es: mg/dL/unidad ☐ **Sin dosis de corrección**	Proporción de carbohidratos g/unidad Restar % Restar unidades
☐ **Refrigerio**	Refrigerio Proporción de carbohidratos = g/unidad ☐ Sin dosis de carbohidratos ☐ Sin insulina si < gramos	**Refrigerio** unidades	☐ **La glucosa objetivo** es: mg/dL & **el factor de corrección** es: mg/dL/unidad ☐ **Sin dosis de corrección**	Proporción de carbohidratos g/unidad Restar % Restar unidades
☐ **Cena**	Cena Proporción de carbohidratos = g/unidad	**Cena** unidades	☐ **La glucosa objetivo** es: mg/dL & **el factor de corrección** es: mg/dL/unidad ☐ **Sin dosis de corrección**	Proporción de carbohidratos g/unidad Restar % Restar unidades

6B. ESCALA MÓVIL DE CORRECCIÓN

☐ Solo Comidas ☐ Comidas y refrigerios ☐ Cada horas según sea necesario

a mg/dL = unidades	a mg/dL = unidades	a mg/dL = unidades
a mg/dL = unidades	a mg/dL = unidades	a mg/dL = unidades
a mg/dL = unidades	a mg/dL = unidades	a mg/dL = unidades

6C. INSULINA DE ACCIÓN PROLONGADA

Hora	☐ Lantus, Basaglar, Toujeo (Glargine) ☐ Levemir (Detemir) ☐ Tresiba (Degludec) ☐ Otras	unidades	☐ Dosis diaria ☐ Dosis de excursión de un día para otro ☐ Dosis de desastre/emergencia	subcutánea

6D. OTROS MEDICAMENTOS

Hora	☐ Metformin ☐ Otras	unidades	☐ Dosis diaria ☐ Dosis de excursión de un día para otro ☐ Dosis de desastre/emergencia	Ruta

Se requiere la firma aquí si SÓLO se envía esta actualización de dosificación de una página.

Firma del proveedor de cuidado de la diabetes | **Fecha:**

Nombre del proveedor de atención médica/clínica:

Número de contacto: | Número de fax:

Dirección de correo electrónico (comunicación no esencial): | Otro:

APELLIDO DEL ESTUDIANTE: NOMBRE: FECHA DE NACIMIENTO:

7. PREVENCIÓN DEL NIVEL BAJO DE GLUCOSA (HIPOGLUCEMIA)

Permitir intervenciones tempranas

☐ Permitir minidosis de carbohidratos (es decir, 1 o 2 tabletas de glucosa) cuando se pronostica un nivel bajo de glucosa, las lecturas del sensor están bajando (flecha hacia abajo) a _____ mg/dL (POR DEFECTO 80 mg/dL o 120 mg/dL antes del ejercicio) o con síntomas.

☐ Permitir que el estudiante lleve y consuma refrigerios ☐ El personal de la escuela los administra

☐ Permitir que el personal capacitado o padre o tutor ajuste las minidosis y las cantidades de los refrigerios (POR DEFECTO)

Manejo de insulina (microinfusoras de insulina)

Tasa basal temporal Iniciar la tasa preprogramada como se indica a continuación para evitar o tratar la hipoglucemia.

☐ Tasa basal temporal preprogramada llamada _____ (Omnipod)

☐ Objetivo temporal (Medtronic) ☐ Configuración de actividad de ejercicio (Tandem) ☐ Función de actividad (Omnipod 5)

Inicio: _____ minutos antes del ejercicio por _____ minutos de duración (POR DEFECTO 1 hora antes, durante y 2 horas después del ejercicio).

Iniciado por: ☐ Estudiante ☐ Personal escolar capacitado ☐ Enfermera escolar

☐ Se puede desconectar y suspender la microinfusora de insulina hasta _____ minutos (POR DEFECTO 60 minutos) para evitar hipoglucemia, lesiones personales con ciertas actividades físicas o daños al dispositivo (mantenerlo en un lugar fresco y limpio, lejos de la luz solar directa).

Ejercicio (El ejercicio es una parte muy importante del manejo de la diabetes y siempre debe alentarse y facilitarse).

Monitoreo de la glucosa en el ejercicio

☐ antes del ejercicio ☐ cada 30 minutos durante el ejercicio prolongado ☐ después del ejercicio ☐ con síntomas

Retrasar el ejercicio si la glucosa es < _____ **mg/dL (120 mg/dL POR DEFECTO)**

Rutina antes del ejercicio

☐ **Refrigerio fijo:** proporcionar _____ gramos de carbohidratos antes de la actividad física si la glucosa es < _____ mg/dL

☐ **Carbohidratos agregados:** Si la glucosa es < _____ mg/dL (120 POR DEFECTO) proporcionar _____ gramos de carbohidratos (15 POR DEFECTO)

☐ **ÍNDICE BASAL TEMPORAL como se indicó anteriormente**

Fomentar y brindar acceso a agua para hidratación, carbohidratos para tratar o prevenir la hipoglucemia y permisos para ir al baño durante la actividad física

8. MANEJO DEL NIVEL BAJO DE GLUCOSA (HIPOGLUCEMIA)

Nivel bajo de glucosa por debajo de _____ mg/dL (por debajo de 70 mg/dL POR DEFECTO) o por debajo de _____ mg/dL antes/durante el ejercicio (POR DEFECTO es < 120 mg/dl).

1. Si el estudiante está despierto y puede tragar, dar _____ gramos de carbohidratos de acción rápida (POR DEFECTO 15 gramos). Algunos ejemplos incluyen 4 onzas de jugo o gaseosa normal, 4 pastillas de glucosa, 1 tubo pequeño de gel de glucosa.
   ☐ La enfermera escolar o los padres pueden cambiar la cantidad administrada
2. Medir la glucosa en sangre cada 15 minutos y volver a tratar hasta que la glucosa sea > _____ mg/dL (POR DEFECTO es 80 mg/dL o 120 mg/dL antes del ejercicio).

GLUCOSA SEVERAMENTE BAJA (inconsciencia, convulsiones o incapacidad para tragar)
Administrar glucagón, colocar al estudiante de lado y monitorear si vomita, llamar al 911 y notificar a los padres o tutores. Si hay un medidor de glucosa en sangre disponible, confirmar la hipoglucemia con una punción de dedo para medir la glucosa en sangre. No demorar el tratamiento si el medidor no está disponible de inmediato. Si usa una microinfusora de insulina, colocar la microinfusora en modo de suspensión/detenida o desconectar el tubo del sitio de infusión. Mantener la microinfusora con el estudiante.

☐ Gvoke PFS (jeringa precargada) por medio de inyección subcutánea ☐ 0.5 mg ☐ 1.0 mg

☐ Gvoke HypoPen (autoinyector) por medio de inyección subcutánea ☐ 0.5 mg ☐ 1.0 mg

☐ Gvoke Kit (vial y jeringa listos para usar, 1 mg/0.2 ml) por medio de inyección subcutánea

☐ Zegalogue (dasiglucagón) 0.6 mg subcutáneo por autoinyector ☐ Zegalogue (dasiglucagón) 0.6 mg subcutáneo por jeringa precargada

☐ Glucagón nasal Baqsimi 3 mg

APELLIDO DEL ESTUDIANTE: | NOMBRE: | FECHA DE NACIMIENTO:

9. MANEJO DEL NIVEL ALTO DE GLUCOSA (HIPERGLUCEMIA)

Manejo de niveles altos de glucosa por encima de _____ mg/dL (por defecto es 300 mg/dL O 250 mg/dl si se usa una microinfusora de insulina).

1. Proporcionar y fomentar el consumo de agua o líquidos sin azúcar. Darle de 4 a 8 onzas de agua cada 30 minutos. Puede consumir líquidos en el aula. Permitir permisos frecuentes para ir al baño.
2. Medir las cetonas (antes de aplicar la dosis de corrección de insulina)
   a. Si hay trazas o cantidades pequeñas de cetonas en la orina (0.1 a 0.5 mmol/L si se mide en sangre)
      - Considerar una dosis de insulina de corrección. Consultar “Dosis de corrección” en la Sección 6.A-B. para ver los momentos designados en los que se puede administrar insulina de corrección.
      - *Puede regresar a clase y educación física a menos que tenga síntomas*
      - Volver a medir la glucosa y las cetonas en 2 horas

   b. Si las cetonas en orina son moderadas o altas (0.6 a 1.4 mmol/L o >1.5 mmol/L de cetonas en sangre). Esto puede ser grave y requiere acción.
      - Comunicarse con los padres o tutor o, si no está disponible, con el proveedor de atención médica.
      - **Administrar la dosis de corrección por medio de una inyección.** Si se utiliza la administración automática de insulina, comunicarse con los padres o el médico para desactivar las funciones de la microinfusora automática. Consultar “Dosis de corrección de glucosa en sangre” en la sección 6.AB.
      - Si se usa una microinfusora de insulina, cambiar el sitio de infusión o cartucho o usar inyecciones hasta la hora de salida.
      - Ninguna actividad física hasta que las cetonas hayan desaparecido.
      - Informar náuseas, vómitos y dolor abdominal a los padres o tutores para llevar al estudiante a casa.
      - Llamar al 911 si hay cambios en el estado mental y dificultad para respirar y notificar a los padres o tutores.

☐ Enviar el registro de diabetes del estudiante al proveedor de atención médica (incluir detalles): si la glucosa en sangre antes de la comida está por debajo de 70 mg/dL o por encima de 240 mg/dL más de 3 veces por semana o si se tiene alguna otra inquietud.

FIRMAS

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

El médico o proveedor de atención médica del estudiante: | Fecha:

Yo, (padre o tutor) _____ doy permiso a la enfermera escolar u otro profesional de la salud calificado o personal capacitado en diabetes de (escuela) _____ para realizar y llevar a cabo las tareas de atención de la diabetes como se describe en este Plan de Manejo Médico de la Diabetes. También doy mi consentimiento para que se divulgue la información que contiene este Plan de Manejo Médico de la Diabetes a todos los miembros del personal de la escuela y demás adultos que tengan la responsabilidad de mi hijo y que puedan requerir conocer esta información para mantener la salud y seguridad de mi hijo. También doy permiso a la enfermera escolar u otro profesional de la salud calificado para colaborar con el médico o proveedor de atención médica de mi hijo.

Reconocido y recibido por:

Padre o tutor del estudiante: | Fecha:

Reconocido y recibido por:

Enfermera escolar o persona designada: | Fecha:

Nombre del proveedor de atención médica/clínica:

Número de contacto: | Número de fax:

Dirección de correo electrónico (comunicación no esencial): | Otro: