

PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA INDIVIDUAL PARA LA DIABETES - Primaria

Estudiante: _____ N.º de identificación del estudiante _____ Grado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____

Objetivo: Promover el autocontrol de la diabetes en los estudiantes, reconocer los signos de niveles altos y bajos de azúcar en sangre y brindar asistencia y atención de emergencia adecuadas. Úselo junto con las órdenes de medicación para la diabetes escolar de la clínica/proveedor de endocrinología.

Nombre y número de contacto preferido del padre/la madre/el tutor _____

Edad al momento en que se diagnosticó la diabetes del estudiante: _____ ☐ Diabetes tipo 1 ☐ Diabetes tipo 2 ☐ Otra: _____

¿Hubo alguna hospitalización en el último año? ☐ No ☐ Sí, incluya fechas: _____

Otras enfermedades o discapacidades ☐ No ☐ Sí: _____

Última A1C _____ en la fecha _____ (opcional)

Administración de insulina -----

Inyecciones ☐ No ☐ Sí, tipo: _____ Consulte las órdenes del proveedor de atención médica para conocer la dosis actual.

Otros medicamentos: _____

Bomba ☐ No ☐ Sí, tipo: _____

MCG (monitor continuo de glucosa) ☐ No ☐ Sí, tipo: _____ ¿Los padres monitorean el MCG de forma remota?

☐ No ☐ Sí

Las alarmas del MCG están configuradas por debajo de _____ o por encima de _____

La enfermera de la escuela puede verificar las alarmas del MCG de los estudiantes que no son independientes. No es posible supervisar constantemente el dispositivo debido a otras responsabilidades. La enfermera de la escuela puede revisar las lecturas en momentos específicos y responder a las alertas cuando sea necesario, como se describe en este plan de atención médica individual (individual health plan, IHP).

¿Su hijo tiene un adulto designado por los padres (parent designated adult, PDA)? ☐ No ☐ Sí. Se requieren [capacitación](#) específica y [formularios de consentimiento](#).

Nombre del PDA: _____ Información de contacto: _____

Verifique el MCG o monitoree la glucosa en sangre (consulte las órdenes que describen cuándo es necesaria la punción digital) -----

☒ signos/síntomas de hipo o hiperglucemia ☐ antes de la escuela

☐ antes del almuerzo

☐ después del almuerzo

☐ preocupaciones de comportamiento

☐ antes de educación física

☐ después de educación física

☐ antes del recreo

☐ después del recreo

☐ antes del viaje en autobús o el camino a casa a pie ☐ otro: _____

Niveles bajos y altos de azúcar en sangre

Cuando el nivel de azúcar en sangre es bajo, ¿qué síntomas suele experimentar su hijo(a) y cómo los describe?

Tratamiento del nivel bajo de azúcar en sangre (lo que funciona para su estudiante; enumere la fuente de carbohidratos preferida):

Fuente de carbohidratos preferida para tratar el nivel bajo de azúcar en sangre según las órdenes:

Llamar al padre/la madre ☐ después del primer tratamiento si sigue presentando síntomas ☐ después del segundo tratamiento si sigue presentando síntomas

☐ en cualquier momento en que la glucosa en sangre sea inferior a _____

UBICACIÓN DEL medicamento de rescate de GLUCAGÓN: ☐ Enfermería ☐ Mochila del estudiante ☐ Otra _____

La administración del glucagón es ☐ nasal ☐ inyectable

Cuando el nivel de azúcar en sangre es alto, ¿qué síntomas suele experimentar su hijo(a) y cómo los describe?

Tratamiento del nivel alto de azúcar en sangre (lo que funciona para su estudiante): ☐ beber agua ☐ hacer ejercicio ☐ corrección de insulina

Consulte las órdenes para conocer los parámetros de prueba de cetonas.

Capacidad de autocuidado del estudiante -----

	Necesita ayuda:	Independiente:	n/c:
Testear glucosa en sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contar carbohidratos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calcular dosis de insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ingresar información en la bomba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrar inyección/bolo de insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Identificar sensaciones de hipoglucemia e hiperglucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tratar hipoglucemia leve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cambiar el sitio de la bomba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testear cetonas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Rutina diaria y planificación de actividades -----

¿Transporte a la escuela? ☐ Autobús, ruta n.º _____, duración ~ _____ min. ☐ A pie ☐ Traslado por los padres

☐ Otro: _____

¿Transporte a casa? ☐ Autobús, ruta n.º _____, duración ~ _____ min. ☐ A pie ☐ Recogida por los padres

☐ Otro: _____

☐ Hable sobre el plan de transporte con los padres si el nivel de glucosa en sangre es inferior a: _____

Comidas/refrigerios: ¿A qué hora desayuna su estudiante? _____. ¿A qué hora recibe el estudiante la insulina del desayuno? _____.

¿Su estudiante comprará almuerzos escolares? ☐ Sí ☐ Solo almuerzos de casa: el padre o la madre debe proporcionar el recuento de carbohidratos

¿Su estudiante necesita un refrigerio entre comidas? ☐ No ☐ Sí, cuando _____

Educación física/recreo: ¿Su estudiante experimenta niveles bajos de azúcar en sangre durante educación física o actividades físicas?

☐ No ☐ Sí _____

Días y horarios de educación física _____ Solo primaria: Horarios de recreo _____

¿Su estudiante necesita un refrigerio antes realizar actividad física? ☐ No ☐ Sí _____

☐ Si la glucosa en sangre está entre _____ y _____ antes de educación física, dé un refrigerio de _____ gramos de carbohidratos _____

☐ Si la glucosa en sangre está entre ____ y ____ antes de educación física, dé un refrigerio de ____ gramos de carbohidratos _____

☐ Si el nivel de glucosa en sangre es inferior a ____, no participar en educación física hasta _____

Cambiar la bomba al modo de ejercicio ☐ No ☐ Sí, en estas circunstancias: _____ ☐ El estudiante lo hará

Fiestas de la clase: Las golosinas se manejarán de la siguiente manera: ☐ El estudiante comerá la golosina ☐ Administrar insulina para cubrir los carbohidratos según el plan preestablecido. ☐ Reemplazar con una alternativa proporcionada por los padres

Excursiones: Lleva los suministros para la diabetes y se encarga de la atención: ☐ el padre/la madre ☐ el PDA ☐ el estudiante (solo escuela secundaria/preparatoria) ☐ otro: _____

Actividades antes o después de la escuela: ¿Su estudiante participa en actividades o deportes patrocinados por la escuela fuera del horario escolar? ☐ No ☐ Sí* _____ *Es responsabilidad de los padres informar al adulto/entrenador sobre la condición del estudiante y sus necesidades de medicación, y proporcionar la medicación para la actividad.

Consideraciones y adaptaciones académicas, **además de las del Plan de Atención de Emergencia** -----

- Al estudiante se le permite espacio y tiempo para realizar pruebas de glucosa en sangre, comer refrigerios, hidratarse y recibir insulina, en el salón de clases o en la enfermería.
- Si el estudiante necesita tomar descansos para controlar la glucosa en sangre o tratar la hipoglucemia o la hiperglucemia durante una prueba u otra actividad, se le dará tiempo adicional para terminar la prueba o la actividad.
- Cuando el estudiante experimenta una reacción de glucosa en sangre alta o baja, es probable que sus procesos mentales se vean afectados negativamente. Es posible que necesite adaptaciones durante el tiempo inmediatamente anterior y al menos una hora después de que se trató el episodio, y no debe ser penalizado por ello. Si la glucosa en sangre no está en el rango objetivo al momento de la clase o la prueba, el estudiante puede informar al maestro en ese momento y solicitar reprogramar el trabajo académico afectado.
- El estudiante necesita acceso a su propio teléfono o reloj inteligente para monitorear y tratar el azúcar en sangre.

Adaptaciones para estudiantes/Consentimiento 504 -----

- ☐ Sí, DOY MI CONSENTIMIENTO para una evaluación y colocación en un Plan de la Sección 504. Comprendo que habrá una revisión anual del plan y evaluaciones periódicas. He recibido una copia de [Sus derechos según la Sección 504](#) y la [Política de la junta del distrito sobre el uso de aislamiento, restricción y otros usos de fuerza razonable](#).
- ☐ Mi estudiante tiene un plan de educación individualizado (Individualized Education Plan, IEP).

Responsabilidades del padre/la madre/el tutor -----

- Proporcionar suministros y medicamentos recetados con el Formulario de autorización de medicamentos o las órdenes de diabetes de Seattle Children's firmadas por el proveedor de atención médica antes del primer día de clases.
- Proporcionar medicamentos debidamente etiquetados por la farmacia y reemplazarlos después de su uso o al vencimiento.
- Informar a la enfermera de la escuela sobre cualquier cambio en el estado de salud, atención u órdenes de medicación del estudiante.
- Si su estudiante lleva consigo sus medicamentos, asegúrese de que siempre esté abastecido en la escuela y durante las actividades escolares. Se recomienda encarecidamente tener un conjunto de suministros de emergencia de respaldo en la enfermería.

Responsabilidades de la enfermera -----

- Completar el plan de atención de emergencia y compartirlo con el personal de la escuela y el departamento de transporte.
- Brindar capacitación anual sobre salud al personal y, según sea necesario, educación individual sobre las necesidades del estudiante.

Firma de la enfermera: _____

Fecha: _____

Firma del padre/la madre: _____

Fecha: _____

Solo para personal de enfermería:

- ☐ Formulario de autorización de medicamentos u órdenes de diabetes recibidos
- ☐ Medicamentos y suministros recibidos
- ☐ 504 ingresado en Synergy
- ☐ Plan de atención de emergencia completo
- ☐ Notificaciones de Synergy para estudiantes completas para alerta de salud