



DIABETIC TREATMENT PLAN

Nombre del Estudiante: _____ Fecha: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

INFORMACION DE CONTACTO:

Contacto de Emergencia #1: _____ Relacion: _____

Numero de Telefono : _____ Numero #2: _____

Contacto de Emergencia # 2 _____ Relacion: _____

Numero de Telefono : _____ Numero #2: _____

PROVEEDOR DE ATENCION MEDICA:

Nombre _____

Direccion: _____

Numero de Telefono: _____ Numero de Fax #: _____

GUIAS SOBRE GLUCOSA EN SANGRE:

Niveles ideales de glucosa en sangre:

50-70 70-180 Otro: _____

Horas habituales para controlar la glucosa:

Veces para hacer glucosa extra:

- Antes de hacer ejercicio
- Despues de ejercicio
- Antes de los aperitivos/fiestas no programados
- Otro

(explique) _____

¿Puede el estudiante realizar sus propios controles de glucosa? Si No

Tipo de medidor de glucosa: _____

INSULINA:

Dosis a la hora de lonche:

Insulina de acción rápida/corta:

- Humalog Dosis base: _____ unidades
- Novolog o dosis flexible: _____ _____ gramos de carbohidratos
- Otro: _____ unidades

Otra insulina:

- NPH _____ unidades Lantus _____ unidades
- Lente
- Otro: _____ Ultralente
- Otro: _____



Instrucciones para cuando se proporcionan alimentos en clase (por ejemplo, fiestas, proyectos de clase):

Ejercicio y Deportes:

Restricciones a la actividad, si las hubiera _____

El estudiante no debe hacer ejercicio si el nivel de glucosa en sangre es inferior a _____ mg/dl o mas de _____ mg/dl o si hay cetonas en cantidades moderadas a elevadas.

Hipoglucemia (bajo nivel de azúcar en sangre):

Síntomas habituales observados: _____

Tratamiento de la hipoglucemia: _____

Administre glucagón si el estudiante está inconsciente, tiene convulsiones o no puede pasar.

Ruta: _____ Dosis: _____ Sitio de inyeccion: brazo muslo: otro: _____

Hiper glucemia (nivel alto de azúcar en sangre):

Síntomas habituales observados: _____

Tratamiento de la hiper glucemia: _____

Control de cetonas en orina si la glucosa en sangre es superior a _____ mg/dl

Tratamiento para las cetonas: _____

Material escolar (proporcionado y mantenido por los padres y/o tutores):

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medidor de glucosa en sangre (tiras reactivas y pilas) | <input type="checkbox"/> Bomba de insulina y suministros |
| <input type="checkbox"/> Dispositivo lanceta, lancetas | <input type="checkbox"/> Pluma de insulina, agujas para pluma, cartucho de insulina |
| <input type="checkbox"/> Tiras reactivas para cetonas en orina | <input type="checkbox"/> Fuente de glucosa de acción rápida |
| <input type="checkbox"/> Viales de insulina y jeringas | <input type="checkbox"/> Aperitivos que contengan carbohidratos |
| | <input type="checkbox"/> Kit de emergencia de glucagón |

Consentimiento de los padres/tutores:

Doy permiso a la enfermera de la escuela y a otros miembros del personal designados del Distrito Escolar 15 de McHenry para que realicen y lleven a cabo las tareas de atención diabética descritas en este Plan de Tratamiento Diabético. También doy permiso a la enfermera para que se ponga en contacto con el médico del estudiante en relación con cualquier medicamento y/o problema de salud.

_____ Padre/Guardian

_____ Fecha

Este plan de tratamiento para diabéticos está aprobado por:
 Médico/proveedor de atención médica del estudiante

_____ Fecha

_____ Director de Servicios de Salud

_____ Fecha



McHenry School District 15
420 N. Front Street, McHenry, Illinois 60050
www.d15.org

