

Esta información se utilizará para formular un Plan de Atención de Emergencia que Amenaza la Vida que se tribuirá al personal.

Estudiante: _____ **DOB:** _____

Escuela: _____ **Grado:** _____

Relación	Nombre	Teléfono	Teléfono	Correo electrónico
Madre				
Padre				
Contacto de emergencia				

HISTORIA

Edad de inicio: _____ Último A1C: _____ Fecha: _____

Fecha de hospitalización: _____

Otra enfermedad o discapacidad: _____

¿Su estudiante toma el autobús escolar a la escuela? Sí No: _____

Médico que maneja la diabetes: _____ Teléfono _____

ADMINISTRACIÓN DE INSULINA

Inyecciones ¿Sí Humalog o Novolog? BG objetivo= _____ Factor de corrección= _____

Relación insulina: carbohidratos Desayuno _____ : _____ Almuerzo _____ : _____ Cena _____ : _____

¿Lantus o Levemir? _____ unidades a las _____ am/pm

Bomba Tipo _____

CGM Tipo _____

NIVEL DE CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

	Independiente	Necesita asistencia
Pruebas de BG		
Contar carbohidratos		
Cálculo de las dosis de insulina		
Administración de insulina		
Tratamiento de la hipoglucemia leve		
Verificar/interpretar cetonas		
Cambio del sitio de la bomba (si tiene)		

NUTRICIÓN

¿A qué hora desayuna? _____ ¿A qué hora recibe insulina para el desayuno? _____

¿Su estudiante: ¿Trae el almuerzo de casa? ¿Compra el almuerzo de la escuela?

¿Su estudiante requiere un refrigerio entre comidas? No Sí, ¿cuándo? _____

¿Su estudiante cumple con la dieta? Sí No: _____

EJERCICIO

¿Alguna vez experimentó BGs bajos con la educación física o actividad? No Sí: _____

¿necesita un refrigerio antes de la actividad física? No Sí: _____

¿Participa en actividades después de la escuela en la escuela (por ejemplo, YMCA)? No Sí: _____

SÍNTOMAS BAJO NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE: (Verifique los síntomas que su estudiante ha experimentado)

debilidad hambre temblores latidos cardíacos rápidos sudoración ansias mareo cansancio

palidez irritación falta de concentración/sueño despierto otro _____

dolor de cabeza visión borrosa confusión mala coordinación dificultad para hablar

Cambio de comportamiento: _____

Pérdida del conocimiento: ¿Cuándo? _____

DOSIS DE GLUCAGÓN: _____

¿A qué nivel de glucosa en la sangre aparecen los síntomas? _____

¿Puede su estudiante reconocer la hipoglucemia? No Sí _____

¿Cuándo ha experimentado el estudiante hipoglucemia? _____

¿Alguna vez su estudiante **no** ha respondido al tratamiento? No Sí _____

TRATAMIENTO DEL NIVEL BAJO DE AZÚCAR EN LA SANGRE (¿qué funciona para su hija/o?)

Para BG < _____ Tratar con: _____ Carbohidratos (es decir: _____)

Para BG < _____ Tratar con: _____ Carbohidratos (es decir: _____)

Llame a al/la madre/padre/tutor:

después del 1^{er} tratamiento y todavía sintomático después del 2^o tratamiento y todavía sintomático en cualquier momento BG < _____.

SÍNTOMAS DE NIVEL ALTO DE AZÚCAR EN LA SANGRE: (Verifique los síntomas que su estudiante ha experimentado)

sed orine frecuente fatiga cansancio aumento del hambre dulce aliento visión borrosa

pérdida de peso dolores de estómago enrojecimiento de la piel falta de concentración boca seca

náuseas calambres estomacales vómitos dificultad de respiración debilidad confusión inconsciencia

otro _____

TRATAMIENTO DEL NIVEL ALTO DE AZÚCAR EN LA SANGRE

beber agua ejercicio Corrección de insulina (si > 3 horas desde la última dosis)

comprobar las cetonas si BG > _____ (Se llamará al/la madre/padre/tutor si se presentan cetonas de moderadas a grandes para llevar al/la estudiante a casa para el cuidado del día de enfermedad.

Firma del/la madre/padre/tutor

Fecha