Georgia Cyber Academy
1745 Phoenix Blvd Suite #100
Atlanta, Georgia 30349
Fax: 1 404.795.9097
Correo electrónico: 504@georgiacyber.org

PLAN DE ACCIÓN MÉDICA PARA LA DIABETES

Información del estudiante		
Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Calificación:
Alergias:		
Medicamentos Tomados:		
Información del Contacto		
Nombre de la Madre:	# de Hogar:	# Celular:
Nombre del Padre:	# de Hogar:	# Celular:
Dirección de casa:	Ciudad y Estado:	Código postal:
Contacto de Emergencia y Relación:	# de Hogar:	# Celular:
Médico de Atención Primaria / Pediatra:	# de Teléfono:	# de Fax:
Endocrinólogo:	# de Teléfono:	# de Fax:
Entiendo que es mi responsabilidad como padre/tutor de _____ notificar al Coordinador 504/personal de la escuela sobre cualquier cambio en la condición de salud y/o régimen de medicación/tratamiento de mi hijo. Autorizo al médico de mi hijo y a su personal a divulgar la siguiente información sobre el estado de salud de mi hijo. Entiendo que esta información de salud **solo** se compartirá con el personal escolar pertinente.		
Firma del Padre / Tutor:	Fecha:	
Información sobre diabetes		
Tipo de Diabetes:		
¿El estudiante ha sido hospitalizado en el último año? **SI** **NO**		
¿Si sí, cuándo?		
¿Cómo afectará este impedimento a la asistencia a la escuela?		
¿El estudiante ha sido hospitalizado durante el último año por diabetes? **SI** **NO**		

¿Si sí, cuándo?	
Cómo afectará el diagnóstico del estudiante la asistencia a la escuela **virtual** ?	
Régimen actual de insulina	
Desayuno:	Tipo; Dosis; Tiempo
Almuerzo:	Tipo; Dosis; Tiempo
Cena:	Tipo; Dosis; Tiempo
Hora de Acostarse:	Tipo; Dosis; Tiempo
¿El estudiante requiere insulina durante el día escolar? **SI** **No**	
¿Puede el estudiante administrarse insulina sin la ayuda de un adulto? **SI** **No**	
Información de Bomba Diabética:	
Monitoreo de Glucosa en Sangre	
El rango objetivo de glucosa en sangre es: _____ mg/dl a _____ mg/dl	
¿Puede el estudiante medir su propio nivel de glucosa en sangre? **SI** **No**	
Horarios de las Pruebas Rutinarias de Glucosa en Sangre	
Desayuno a las _____ a.m.	Almuerzo @ _____ am/pm
Almuerzo a las _____ pm	Hora de acostarse @ _____ pm
¿El estudiante requiere tiempos suplementarios de prueba de glucosa en sangre?	
¿Antes del ejercicio? **SI** **No**	¿Después del ejercicio? **SI** **No**
¿Antes de la merienda? **SI** **No**	¿Con síntomas de alta o baja? **SI** **No**
Otro:	
Guias Dietéticas	
Calorías totales estimadas por día:	
Horarios de Comidas/Meriendas	
Desayuno a las _____ a.m.	Merienda @ _____ am
Almuerzo @ _____ pm	Merienda @ _____ pm
Cena a las _____ pm	Hora de acostarse @ _____ pm
¿Será necesario recordarle al estudiante que tome una merienda para los eventos escolares? **SI** **No** (Los padres proporcionarán bocadillos y agua).	
Actividad Física	
¿El estudiante tiene restricciones respecto a la actividad física? **SI** **No**	
Describa las limitaciones del ejercicio/deportes:	
¿Se requiere una merienda antes de la actividad física? **SI** **No**	

Merienda dada antes de la actividad física si:
El ejercicio debe retrasarse o evitarse si el nivel de azúcar en sangre es superior a _____ mg/dl y inferior a _____ mg/dl.

Administración de Insulina	
Sistema de administración de insulina: ☐ **Jeringa o** ☐ **Pluma o** ☐ **Bomba**	
Tipo de insulina: ☐ **Humalog o** ☐ **Novolog o** ☐ **Apidra**	
Insulina en las comidas: (Es mejor administrarla justo antes de comer. Para niños pequeños, puede administrarse entre 15 y 30 minutos después del primer bocado de comida o inmediatamente después de la comida).	
Proporción de Insulina a Carbohidratos:	
Desayuno: 1 unidad por _____ gramos de carbohidratos	Almuerzo: 1 unidad por _____ gramos de carbohidratos
Dosis fija por comida:	
Desayuno: Dar _____ unidades/Comer _____ gramos de carbohidratos	Almuerzo: Dar _____ unidades/Comer _____ gramos de carbohidratos
Corrección de insulina	
(Para niveles altos de azúcar en sangre: agregue insulina antes de las comidas a la insulina correctora para obtener la dosis total de insulina).	
Utilice la siguiente fórmula de corrección para el nivel de azúcar en la sangre antes de las comidas por encima de _____ (BG - _____) + _____ + unidades adicionales de insulina para proporcionar.	
Escala móvil	
BG de _____ a _____ = _____ unidades	
BG de _____ a _____ = _____ unidades	
BG de _____ a _____ = _____ unidades	
BG de _____ a _____ = _____ unidades	
☐ _____ = _____ unidades	
☐ Se proporcionará una merienda todos los días a las _____.	☐ Sin cobertura para merienda.
☐ Cobertura de carbohidratos sólo para la merienda. (No se requiere control de glucosa en sangre)	
☐ 1 unidad por _____ gramos de carbohidratos	
☐ Dosis fija de merienda: Dar _____ unidades/Comer _____ gramos de carbohidratos.	
Autorización de los padres para ajustar la dosis de insulina	

Sí No - Padre/tutor está autorizado a aumentar o disminuir la proporción de insulina a carbohidratos dentro del siguiente rango:
1 unidad por cada gramo de carbohidratos prescrito, +/- _____ gramos de carbohidratos

Sí No - Padre/tutor está autorizado a aumentar o disminuir la dosis de corrección con el siguiente rango:
+/- _____ unidades de insulina

Sí No - padre/tutor está autorizado a aumentar o disminuir la dosis fija de insulina con el siguiente rango:
+/- _____ unidades de insulina.

Manejo de Niveles Bajos de Glucosa en Sangre

Nivel bajo de azúcar en sangre leve:	**Nivel bajo de azúcar en sangre grave:**
Estudiante alerta y cooperativo (BG por debajo de _____) • Nunca dejes solo al estudiante • Dé 15 gramos de glucosa; vuelva a revisar niveles en 15 minutos. Si la glucemia permanece por debajo de 70, retroceda y vuelva a revisar en 15 minutos. • Notificar a los padres si no se resuelve. • Si no hay ninguna comida programada para la próxima hora, proporcione una merienda adicional con carbohidratos, grasas y proteínas.	**Pérdida del conocimiento o convulsiones.** • Llame al 911. Abra las vías respiratorias. Gira hacia un lado. • Inyección de glucagón IM/SubQ _____ o 0,50 mg • Notificar a los padres. • Para los estudiantes que usan una bomba de insulina, detenga la bomba colocándola en modo "suspender" o parada, desconectándola con un cable flexible o un clip y/o retirando una bomba conectada. Si se extrajo la bomba, envíela con un servicio de emergencias médicas al hospital.

Manejo de niveles altos de glucosa en la sangre (por encima de _____ mg/dl)

- Líquidos sin azúcar/privilegios de ir al baño con frecuencia.
- Si la glucemia es superior a 300 y han pasado 2 horas desde la última dosis, administre **la MITAD ☐ COMPLETA ☐** fórmula de corrección indicada anteriormente.
- Si la glucemia es superior a 300 y han pasado 4 horas desde la última dosis, administre la fórmula de corrección **COMPLETA** indicada anteriormente.
- Si la glucemia es mayor que _____, verifique si hay cetonas. Notifique a los padres si hay cetonas presentes.
- Se debe permitir que el niño permanezca en la escuela a menos que vomite con presencia de cetonas moderadas o grandes.

Manejo durante la actividad física

Los estudiantes tendrán fácil acceso a carbohidratos de acción rápida, bocadillos y equipos de control de glucosa en sangre durante las actividades. El niño NO debe hacer ejercicio si los

niveles de glucosa en sangre están por debajo de _____ mg/dl o por encima de 300 mg/dl y la orina contiene cetonas moderadas o grandes.

- Controle el nivel de azúcar en la sangre justo antes de la educación física para determinar la necesidad de un bocadillo adicional.
- Si la glucemia es inferior a _____ mg/dl, coma entre 15 y 45 gramos de carbohidratos antes, dependiendo de la intensidad y duración del ejercicio.
- El estudiante puede desconectar la bomba de insulina durante 1 hora o disminuir la tasa basal en _____.
- Para actividades nuevas: controle el nivel de azúcar en sangre antes y después del ejercicio sólo hasta que se establezca un patrón de control.
- Se requiere un bocadillo antes de participar en educación física.

Firma del Prescriptor Autorizado (MD, NP, PA)	Fecha:
Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:

Notifique a los padres sobre las siguientes condiciones: (si no puede comunicarse con los padres, llame al consultorio del proveedor de diabetes).

a. Pérdida del conocimiento o convulsiones inmediatamente después de llamar al 911 y administrar glucagón.

b. Azúcar en sangre superior a 300 mg/dl, cuando hay cetonas presentes.

C. Dolor abdominal, náuseas/vómitos, fiebre, diarrea, alteración de la respiración, alteración del nivel de conciencia.

Manejo Especial de la Bomba de Insulina

- Comuníquese con los padres en caso de:
  - Alarmas o mal funcionamiento de la bomba
  - Desprendimiento del apósito/infusión fuera de lugar
  - Fuga de insulina
  - El estudiante debe inyectarse insulina.
  - El estudiante tiene que cambiar de sitio.
  - Dolor o enrojecimiento en el sitio
  - Las medidas correctivas no devuelven la glucosa en sangre al rango objetivo dentro de _____ horas.

- Los padres proporcionarán suministros adicionales, incluidos equipos de infusión, reservorios, baterías, bombas de insulina y jeringas.

Este estudiante requiere asistencia de la enfermera escolar o personal capacitado en diabetes con los siguientes aspectos del control de la diabetes:

- Monitorear y registrar los niveles de glucosa en sangre.
- Responder a niveles elevados o bajos de glucosa en sangre.
- Administrar glucagón cuando sea necesario.
- Calcular y administrar inyecciones de insulina.

- Administrar medicación oral
- Monitorear las cetonas en sangre u orina.
- Siga las instrucciones sobre comidas y meriendas.
- Seguir instrucciones relacionadas con la actividad física.
- Responda a las alarmas de MCG comprobando la glucosa en sangre con un medidor de glucosa.
- Trate usando el plan de manejo en la página
- Manejo de la bomba de insulina: administrar insulina, inspeccionar sitio de infusión, comuníquese con los padres si tiene problemas.
- Proporcionar otra asistencia especificada:

Este estudiante podrá realizar de forma independiente los siguientes aspectos del control de la diabetes:

Controlar la glucosa en sangre:
- en el salón de clase
- En cualquier área de la escuela y en cualquier evento relacionado con la escuela.

Monitorear las cetonas en orina o sangre.
Calcular y administrar sus propias inyecciones.
Calcular y administrar sus propias inyecciones bajo supervisión.
Tratar la hipoglucemia (nivel bajo de azúcar en la sangre)
Tratar la hiperglucemia (nivel elevado de azúcar en sangre)
Llevar suministros para el control de la glucosa en sangre.
Llevar suministros para la administración de insulina.
Determinar el contenido de su propio merienda/comida.
Administrar la bomba de insulina
Reemplazar el equipo de infusión de la bomba de insulina
Administrar MCG

Ubicación de suministros/equipos (los padres proporcionarán y reabastecerán todos los suministros, meriendas y suministros para el tratamiento bajo en azúcar).

Equipo de glucosa en sangre: ☐ con personal de la escuela ☐ con los padres ☐ con el estudiante

Suministros para administración de insulina: ☐ con personal de la escuela ☐ con los padres ☐ con el estudiante

Suministros de cetonas: ☐ con personal de la escuela ☐ con los padres ☐ con el estudiante

Kit de glucagón: ☐ con personal de la escuela ☐ con los padres ☐ con el estudiante

Gel de glucosa: ☐ con personal de la escuela ☐ con los padres ☐ con el estudiante

Jugo/nivel bajo de glucosa en sangre: ☐ con personal de la escuela ☐ con los padres ☐ con el estudiante

Meriendas: ☐ con personal de la escuela ☐ con los padres ☐ con el estudiante

Firmas

Mi firma otorga autorización para el Plan de Manejo Médico de Diabetes Mellitus mencionado anteriormente. Entiendo que todos los procedimientos deben implementarse dentro de las leyes y regulaciones estatales. Esta autorización tiene una validez de un año.

Firma del médico que prescribe (médico autorizado: MD, NP, PA) :	Fecha:

Nombre del Prescriptor Autorizado:	
Número de Licencia NPI:	# de Teléfono:
DIRECCIÓN:	
# de fax:	Fecha:
Yo, (padre/tutor) _____ entiendo que todos los tratamientos y procedimientos pueden ser realizados por el estudiante y/o personal capacitado en diabetes dentro de la escuela, o por EMS en caso de pérdida del conocimiento o convulsiones. También entiendo que la escuela no es responsable por daños, pérdida de equipo o gastos utilizados en estos tratamientos y procedimientos. Doy permiso para que el personal de la escuela se comunique con el proveedor de diabetes de mi hijo para obtener orientación y recomendaciones. He revisado este formulario de información y estoy de acuerdo con la información indicada. Este documento sirve como guía médica para la diabetes según lo especificado por la ley del estado de Georgia.	
Firma del Padre / Tutor:	Fecha: