

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 ☐ Sí Tipo: _____

CGM ☐ Sí 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