

INFORMACIÓN SOBRE LA DIABETES DEL ESTUDIANTE (Información médica confidencial)

ESCRIBA EN IMPRENTA:

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre del médico: _____ Teléfono del médico: _____
 Nombre del maestro: _____ Escuela: _____

PARA MAYOR INFORMACIÓN, ADJUNTE UNA COPIA DE LA TARJETA DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

DIABETES: Es una afección médica que afecta mayormente el metabolismo de hidratos de carbono y se caracteriza por una deficiencia en la hormona insulina.

Síntomas de HIPOGLUCEMIA (hypoglycemia) (bajas concentraciones de azúcar en la sangre, como resultado de demasiada insulina, muy pocos alimentos o ejercicio excesivo):

- irritabilidad, ansiedad dificultad para concentrarse fatiga temblor sudor mareo palidez dolor de cabeza
 anomalías de la visión el habla no es clara Otro (describa): _____

Procedimiento a seguir en una reacción HIPOGLUCÉMICA (hypoglycemic reaction): _____

Síntomas de HIPERGLUCEMIA (hyperglycemia) (altas concentraciones de azúcar en la sangre, como resultado de muy poca insulina o demasiados alimentos):

- sed excesiva orina frecuente somnolencia visión borrosa dolor abdominal náusea vómito

Otro (describa): _____

Procedimiento a seguir en una reacción HIPERGLUCÉMICA (hyperglycemic reaction): _____

Control de la glucosa en sangre:

El rango deseado de glucosa en sangre es _____ mg/dl a _____ mg/dl.

Horas habituales para determinar glucosa en sangre: En la casa: _____ En la escuela: _____

Hora en que se hacen pruebas adicionales de glucosa en sangre: (Marque todas las que correspondan) Antes de hacer ejercicio Después de hacer ejercicio Cuando el estudiante muestra síntomas de hiperglucemia o hipoglucemia

Nivel de glucosa en sangre al cual se debe informar a los padres: Bajo _____ Alto _____

Régimen de control diario

Insulina:

INSULINA	DOSIS	HORA(S)	SITIO	SE TOMA EN LA ESCUELA	
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

¿El estudiante usa una escala para las dosis de insulina? Sí No
 Si responde **SÍ**, adjunte una copia de la escala.

Bomba de infusión de insulina:

TIPO DE BOMBA	ÍNDICE BASAL	BOLO COMIDA/ REFRIGERIO		BOLO DE CORRECCIÓN	
		Dosis	Hora(s)	Dosis	Nivel de glucosa en sangre

Nivel de auto cuidado del estudiante:

- Manejo totalmente independiente Sí No N/A
- El estudiante realiza independientemente las pruebas de glucosa en sangre Sí No N/A
- El estudiante necesita verificación por la enfermera o persona designada, del número de glucosa en sangre Sí No N/A
- El estudiante se administra su insulina independientemente Sí No N/A
- El estudiante se auto inyecta la insulina con verificación de la dosis por la enfermera o persona designada Sí No N/A
- El estudiante controla sus propios refrigerios y comidas Sí No N/A
- Es necesario supervisar los refrigerios y comidas Sí No N/A
- El estudiante controla su propio conteo de hidratos de carbono Sí No N/A
- El estudiante realiza independientemente el bolo para alimentos y nivel alto de azúcar en sangre Sí No N/A
- El estudiante realiza el bolo para alimentos y nivel alto de azúcar en sangre, con verificación por la enfermera o persona designada del # en la bomba de infusión de insulina Sí No N/A

Consideraciones dietéticas:

Refrigerio en la escuela, mañana: _____ Refrigerio en la escuela, tarde: _____
 Consideración especial, almuerzo: _____

- Materiales y equipo para diabéticos:**
- El padre/ tutor deberá proporcionar a la enfermera escolar:
 - Medidor de la glucosa sanguínea (blood glucose meter) Sí No
 - Lancetas (lancets), tiras para determinación de glucosa (test strips) Sí No
 - Jeringas (syringes) Sí No
 - Insulina (insulin) Sí No
 - Tabletas de glucosa (glucose tablets) Sí No
 - Refrigerios (snacks) Sí No

Medicamentos adicionales:

MEDICAMENTO	DOSIS	HORA(S)	SE TOMA EN LA ESCUELA	
1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Efectos secundarios de medicamento(s) adicional (es): _____

Instrucciones especiales del médico: _____

Dar a conocer información: El padre/ tutor abajo firmante autoriza a comunicar y/ o intercambiar información médica entre la enfermera escolar y el médico de mi hijo indicado arriba, en lo relacionado a esta afección médica. También autoriza a la enfermera escolar a que distribuya copias de este documento de acuerdo a la lista de abajo, para garantizar el cuidado seguro y apropiado de mi hijo mientras sea transportado a la escuela y desde ella, lo mismo que durante horas de escuela. Entiendo que el personal profesional usará la información médica dada o recibida y que esta información no será dada a ninguna otra persona o grupo que no esté designado en este documento.

Firma del padre/ tutor **Fecha**