Entregue el formulario completado a:
Jefferson County Public Schools,
Health Services Department, LAM Building
4309 Bishop Lane, Louisville, KY 40218
Telephone # (502) 485-3387
Fax # (502) 485-3670

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL
PLAN DE SALUD ESCOLAR
DIABETES

*****Por favor escriba claramente.*****

Año escolar:

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA
1719111214

PARTE A Padre/madre/tutor: Complete los puntos 1 a 11

1) Nº de ID del estudiante | **2) Apellido del estudiante** | **3) Nombre del estudiante** | **4) Fecha de nacimiento**

5) Escuela | **6) Grado**

Nombre del padre/madre/tutor e información de contacto

7) Nombre | **8)** Número de teléfono ( ) - | **9)** Dirección postal, Ciudad, Estado, código Zip

10) Persona de contacto para emergencias | ( ) -

11) Nota al padre/madre/tutor: Al firmar este formulario usted libera a la Junta de educación del Condado de Jefferson (Jefferson County Board of Education) y sus empleados de cualquier responsabilidad que pueda derivarse de este plan de acción. Este formulario no exime de responsabilidad a la escuela o a sus empleados por su propia negligencia. Además, por la presente doy mi permiso para que el proveedor de atención de salud complete y firme este formulario para intercambiar información con el personal de JCPS respecto a esta afección de salud. Reconozco y acepto que cuando autorizo a mi hijo a asistir a una excursión organizada por la escuela, estos medicamentos y/o servicios de salud también podrán ser provistos por un voluntario con licencia.

Padres tengan en cuenta: La escuela debe tener un formulario de autorización de receta en el expediente para que se puedan dar medicamentos en la escuela

Firma del PADRE/MADRE/TUTOR X | **NÚMERO DE TELÉFONO** ( ) - | **Fecha**

PARTE B COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE SALUD SOLAMENTE: Complete los puntos 12 a 19

12) Diagnóstico de diabetes ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2

13) Administración de insulina
* Tipo de insulina ☐ De acción rápida (Humalog, Novolog, Aprida) ☐ De larga duración (Lantus/Basaglar, Levemir) ☐ Otra _____
*Administración de insulina ☐ Jeringa ☐ Lápiz ☐ Bomba ☐ Otra _____

14) Uso de CGM: ☐ SÍ ☐ NO

15) Glucosa en sangre baja es menos de: 70/80 mg/dL
* Síntomas ☐ Hambre ☐ Débil/tembloroso/pálido ☐ Dolor de cabeza ☐ Falta de atención/confusión ☐ Mareos
☐ Náuseas/Falta de apetito ☐ Habla arrastrada ☐ Convulsiones ☐ Humedad ☐ No responde ☐ Visión borrosa
☐ Otros (Especificar):

16) Glucosa en sangre alta es más de: _____ mg/dL
* Síntomas ☐ Aumento de la sed/orina ☐ Cansancio/Somnolencia ☐ Piel tibia/seca/enrojecida ☐ Visión borrosa
☐ Dolor abdominal/Nauseas/Vómitos ☐ Aliento a frutas ☐ Debilidad/dolores musculares
☐ Otros (Especificar):

17) NIVEL de INDEPENDENCIA: ☐ Independiente ☐ Solo supervisión ☐ Asistencia

18) DOSIS DE INSULINA:
* Glucosa en sangre objetivo: _____ hasta _____

FÓRMULA DE CORRECCIÓN DE LA DOSIS:
Si la BG (glucosa en sangre) > _____ mg/dL, dar _____ unidades por _____ mg/dL > _____ mg/dL

FORMULA DE SUPLEMENTO DE CETONAS
*Comprobar las cetonas cuando la glucosa en sangre sea 200mg/dL x2 episodios o el estudiante esté enfermo, NO corregir las cetonas con una frecuencia mayor a cada 4 horas)
Dar insulina adicional según lo siguiente: POCA = _____ unidades, MODERADA = _____, Mucha = _____

DOSIS DE CARBOHIDRATOS: ☐ Antes de las comidas ☐ Después de las comidas

Desayuno	1 unidad por _____ gramos de carbohidratos
Snack de la mañana	1 unidad por _____ gramos de carbohidratos
Almuerzo	1 unidad por _____ gramos de carbohidratos
Snack de la tarde	1 unidad por _____ gramos de carbohidratos
PE/Actividad	1 unidad por _____ gramos de carbohidratos
Retiro	1 unidad por _____ gramos de carbohidratos
Otro/Según sea necesario	1 unidad por _____ gramos de carbohidratos

* Redondear a: ☐ Unidad ENTERA ☐ MEDIA unidad

* Corregir para glucosa en sangre alta si >3 horas desde el ultimo bolo

19) Información del proveedor de atención de salud El formulario **debe** ser firmado por un proveedor de atención de salud **y** el padre/madre/tutor

Firma del proveedor de atención de salud X | Fecha

Nombre en letra imprenta del proveedor de atención de salud

Sello del consultorio médico (necesario para el procesamiento)

Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.