



JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL
PLAN DE SALUD ESCOLAR
DIABETES

Año escolar:
NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA
 1719111214

Por favor escriba claramente.

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

1) N° 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 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/temblosos/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/Náuseas/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
 FÓRMULA 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 Fecha

Sello del consultorio médico (necesario para el procesamiento)

Nombre en letra imprenta del proveedor de atención de salud