

*Formulario para el Padre*  
**PLAN DE CONTROL MÉDICO PARA LA DIABETES**  
*Este formulario debe ser renovado cada año escolar o cada vez que el plan de tratamiento médico cambie*

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR PARA EL PLAN DE CONTROL MÉDICO DE LA DIABETES**

Yo, el firmante, padre/madre/tutor del niño arriba mencionado, solicito que el Plan de Control Médico para la Diabetes, y cualquier modificación de dicho plan, sea implementado mientras mi hijo/a esté asistiendo a la escuela o evento escolar dentro o fuera del plantel educativo. Yo entiendo que los servicios serán administrados a mi hijo/a de acuerdo al Código de Educación, Sección 49423.5. Yo entiendo que los servicios de cuidado de salud física especializados pueden ser realizados/controlados por un miembro del personal escolar sin licencia de salud registrada pero designado y entrenado bajo la supervisión de la enfermera escolar certificada. Yo acepto:

- Proveer los bocadoillos/botanas, medicamentos e instrumentos médicos necesarios.
- Notificar a la enfermera escolar si ocurre algún cambio de salud del estudiante o cambio de médico.
- Notificar inmediatamente a la enfermera escolar y proveer consentimiento por escrito de cualquier cambio en este plan de control médico.

Yo entiendo que se me proporcionará una copia del plan completo de Control Médico para la Diabetes de mi hijo/a.

Yo autorizo a la enfermera escolar para que se comunique con el médico de mi hijo/a si es necesario.

Yo doy mi consentimiento para que se dé a conocer información sobre el Plan de Control Médico para la Diabetes de mi hijo/a al personal y a personas adultas al cuidado de la salud de mi hijo/a en el Distrito Escolar de

\_\_\_\_\_ que necesiten saber esta información para mantener la salud y seguridad de mi hijo/a. Este consentimiento se extiende también a otros adultos cuya información del Plan de Control Médico para la Diabetes sea necesaria para mantener la salud y seguridad de mi hijo/a.

Yo entiendo que cualquier modificación hecha por escrito del consentimiento del Padre/Tutor que necesite autorización médica como se ha indicado arriba, no será implementada al menos que la autorización por escrito del médico sea entregada al personal escolar. Toda modificación del Plan de Control Médico para la Diabetes **DEBE** aparecer en forma escrita. Las modificaciones recibidas por escrito deben de incluir la fecha, la modificación, y las firmas tanto de los padres/tutores como del empleado escolar quien reciba la modificación y la autorización por escrito del médico. Estos cambios serán anexados al Plan de Control Médico para la Diabetes y permanecerán en el expediente médico del estudiante.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor (Favor de emplear letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor (Favor de emplear letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/ Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Revisado por la Enfermera Escolar**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Revisado por el/la Director/a Escolar**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## PLAN DE CONTROL MÉDICO PARA LA DIABETES

Este formulario debe ser renovado cada año escolar o cada vez que el plan de tratamiento médico cambie

### Información para Contactar con la Familia del Estudiante

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Grado/Año Escolar: \_\_\_\_\_ Nombre del Maestro/a: \_\_\_\_\_

<b>Madre/Tutora:</b> _____ Teléfonos: Casa ( ) _____ Trabajo ( ) _____ Celular ( ) _____ Domicilio: _____ _____	<b>Padre/Tutor:</b> _____ Teléfonos: Casa ( ) _____ Trabajo ( ) _____ Celular ( ) _____ Domicilio: _____ _____
--	---

### Proveedor de Salud (Médico) Primario del Estudiante

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Número y Calle Ciudad Código Postal

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Número de Emergencia: ( ) \_\_\_\_\_

### Pediatra Endocrinólogo del Estudiante (Se recomienda una consulta con este tipo de médico 3 a 4 veces al año)

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Número y Calle Ciudad Código Postal

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Número de Emergencia: ( ) \_\_\_\_\_

### Información Adicional de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación o Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfonos:  
Casa: ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

## PLAN DE CONTROL MÉDICO PARA LA DIABETES

Este formulario debe ser renovado cada año escolar o cada vez que el plan de tratamiento médico cambie

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Condición Física:	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2	Fecha del Diagnóstico:	_____
-------------------	--	--	------------------------	-------

La fecha efectiva de este plan comienza: \_\_\_\_\_ hasta la conclusión del año escolar.

### Medicamentos Administrados en el Hogar

<i>Medicamento de Insulina</i>				<i>Medicamento Oral</i>		
<i>Antes del Desayuno:</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	<i>Medicina</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Hora</i>	<i>Medicina</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Hora</i>
<i>Antes de Dormir:</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	<i>Medicina</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Hora</i>	<i>Medicina</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Hora</i>
<i>Otro:</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	<i>Medicina</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Hora</i>	<i>Medicina</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Hora</i>

### Bocadillos/Botanas Durante Horas Escolares

<i>Bocadillos/Botanas entre Comidas</i>	<i>Hora</i>	<i>Contenido Alimenticio/Cantidad</i>
Durante la mañana:		
Durante la tarde:		
Durante otras horas del día:		
Antes de la hora de ejercicios físicos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Después de la hora de ejercicios físicos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Preferencia de bocadillos/botanas:		
Alimentos que se deben evitar (si alguno existe):		
Indicaciones a seguir cuando se provea alimentos en el salón de clases (i.e. durante fiestas):		

### Ejercicios Físicos y Deportes

Fuentes alimenticias de carbohidratos líquidos y sólidos deben de estar disponibles antes, durante y después de todo ejercicio físico.

**Ejercicio Físico (Marque y/o llene todas las áreas que correspondan):**

- Nada de ejercicio si la glucosa sanguínea es menos de 70 o: \_\_\_\_\_
- Comer: \_\_\_\_\_ gramos de carbohidratos antes de hacer ejercicio vigoroso.
- Nada de ejercicio si la glucosa sanguínea es más de: \_\_\_\_\_ o hay presencia de cuerpos cetónicos \_\_\_\_\_
- Nada de participación en educación física después del tratamiento para la hipoglucemia hasta que el azúcar de la sangre llegue por lo menos a 80 y un bocadillo o botana rico en carbohidratos y proteína se ha consumido.*

### Excursiones:

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Jugos, bocadillos o botanas y/o medicamento Glucagon **DEBEN** de estar disponibles al estudiante durante excursiones o abordo del autobús en caso de que sea necesario su uso en el tratamiento de la hipoglucemia. El chofer/persona responsable debe estar informada de cualquier estudiante que tenga diabetes en caso de emergencia.

## PLAN DE CONTROL MÉDICO PARA LA DIABETES

Este formulario debe ser renovado cada año escolar o cada vez que el plan de tratamiento médico cambie

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Vigilando la Glucosa

Escala objetiva del registro de la glucosa entre: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Hora del examen rutinario de la glucosa durante horas de clase:**

- Antes del almuerzo     
  Antes de hacer ejercicio     
  Después de hacer ejercicio  
 Cuando el estudiante presente síntomas de hiperglucemia (glucosa alta) o hipoglucemia (glucosa baja)  
 Otro: \_\_\_\_\_

**El estudiante puede medirse la glucosa de la sangre**

- con supervisión     
  sin supervisión

**El personal escolar debe medir la glucosa del estudiante**

**Excepción:** \_\_\_\_\_

### Administración de Insulina en el Plantel Escolar

**La administración de insulina en la escuela por el estudiante es la siguiente:**

(a & b no recomendadas para menores de doce o menos años de edad)

a. Dosis determinada de insulina	<input type="checkbox"/> Por el estudiante con supervisión de un adulto	<input type="checkbox"/> Supervisado por la enfermera o padre/tutor	<input type="checkbox"/> Administración por otra persona
b. Medir la cantidad de insulina	<input type="checkbox"/> Por el estudiante con supervisión de un adulto	<input type="checkbox"/> Supervisado por la enfermera o padre/tutor	<input type="checkbox"/> Administración por otra persona
c. Insulina inyectable	<input type="checkbox"/> Por el estudiante con supervisión de un adulto	<input type="checkbox"/> Supervisado por la enfermera o padre/tutor	<input type="checkbox"/> Administración por otra persona
d. Insulina por surtidor	<input type="checkbox"/> Por el estudiante con supervisión de un adulto	<input type="checkbox"/> Supervisado por la enfermera o padre/tutor	<input type="checkbox"/> Administración por otra persona

**Administración Independiente de Insulina:**

- Puede administrarse la insulina independientemente (el medicamento debe permanecer en la enfermería o en el surtidor del estudiante)

### Administración del Medicamento Durante Horas Escolares

**Dosis Integrada en la Comida (Marque todo lo que aplique):**

**Dosis establecida para el almuerzo:** \_\_\_\_\_

**Insulina en proporción a la cantidad de carbohidratos en el almuerzo:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Unidades       Humalog       Novolog para **30** gramos de carbohidratos

\_\_\_\_\_ Unidades       Humalog       Novolog para **45** gramos de carbohidratos

\_\_\_\_\_ Unidades       Humalog       Novolog para **60** gramos de carbohidratos

\_\_\_\_\_ Unidades       Humalog       Novolog para \_\_\_\_\_ gramos de carbohidratos

# PLAN DE CONTROL MÉDICO PARA LA DIABETES

Continuación.....

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Escala de Corrección/Cálculo de unidades:**

**Escala variable:**

Glucosa en la sangre de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Unidades

Glucosa en la sangre de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Unidades

Glucosa en la sangre de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Unidades

Glucosa en la sangre de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Unidades

Glucosa en la sangre de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Unidades

Glucosa en la sangre de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Unidades

Insulina Integrada al bocadillo/botana: \_\_\_\_\_ unidades  Humalog o  Novolog \_\_\_\_\_ grs. de carbohidratos

**Terapia de Insulina en caso de Emergencia:** Mida la glucosa cada 4 horas y dé la cantidad de insulina basándose en:

la escala de arriba o

administre la insulina siguiendo estas indicaciones: \_\_\_\_\_

**La administración de insulina para este estudiante será únicamente en caso de emergencia.**

(La insulina deberá ser administrada por lo menos 2 horas entre cada tratamiento para evitar superposición de dosis y prevenir hipoglucemia.)

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## PLAN DE CONTROL MÉDICO PARA LA DIABETES

Este formulario debe ser renovado cada año escolar o cada vez que el plan de tratamiento médico cambie

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**A. Tratamiento para el nivel de azúcar BAJO:**  menos de 70  menos de 80  Otro \_\_\_\_\_

Si los síntomas de hipoglucemia (nivel de azúcar bajo) están presentes, el estudiante debe ser supervisado **EN TODO MOMENTO.**

Después del tratamiento para la hipoglucemia, el estudiante no participará en educación física hasta que el nivel del azúcar sobrepase el nivel marcado arriba y haya consumido un alimento rico en carbohidratos y proteínas.

Indicación #1: dé al estudiante *una* de las siguientes selecciones de carbohidratos:

\*4 onzas (1/2 taza) de cualquier tipo de jugo de frutas

\*1 taza de leche

\*4 onzas (1/2 taza) de agua carbonatada/gaseosa – NO SODA DE DIETA

\*2 a 3 tabletas de glucosa

\*15 gramos de Insta-Glucose™

\*1 tubo pequeño de pasta Cake Mate™

Indicación #2: espere aproximadamente

10 o  15 minutos para que se eleve el nivel de azúcar – No dé alimentos.

10 o  15 minutos para que se eleve el nivel de azúcar; si es hora del almuerzo puede comer en lo que espera (el estudiante debe ser supervisado)

Indicación #3: Mida una vez más el nivel del azúcar en la sangre:

**Si el nivel de la GS (glucosa de la sangre) es menos del valor bajo de azúcar en la sangre arriba marcado:**

Repita las indicaciones #1 y 2 una vez más. Si después de tres intentos el nivel de azúcar de la sangre no aumenta más arriba del nivel de hipoglucemia, entonces notifique a los padres/tutores y a la enfermera escolar.

**Si el nivel de la GS es igual a o mayor que el nivel bajo de azúcar en la sangre arriba marcado:**

Mande al estudiante a comer el almuerzo, pero si falta más de una hora para el almuerzo o botana/bocadillo entre comidas, siga 10 a 15 minutos después de la indicación #1 la selección de carbohidratos una de las siguientes sugerencias:

Continúe con una botana/bocadillo entre comidas de combinación carbohidratos-y-proteína (tal como son queso con galletas de soda, crema de cacahuate/maní con galletas de soda, ½ sandwich de carne o de queso)

Si se están **contando carbohidratos**, continúe con un bocadillo o botana de proteína

Si se están **contando carbohidratos** y el estudiante participará en educación física antes del almuerzo, el estudiante puede comer un bocadillo o botana de carbohidratos y proteína

El estudiante podrá regresar a sus asignaturas escolares pero tendrá dificultad de concentración hasta por una hora después del episodio de hipoglucemia.

**Medicamento Glucagon** (inyección intramuscular): Dosis de Glucagon:  1 mg

**Si el estudiante pierde el conocimiento o sufre un ataque NO coloque o ponga nada en la boca del niño/a**

1. La enfermera o personal entrenado debe inmediatamente administrar **Glucagon** intramuscular
2. Llame inmediatamente al **911**
3. Ponga al estudiante en posición de costado (si es posible de costado izquierdo) para evitar aspiración
4. Notifique a los padres/tutores del estudiante lo más pronto posible

*Formulario para el Médico*  
**PLAN DE CONTROL MÉDICO PARA LA DIABETES**

Continuación.....

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**B. Tratamiento para el nivel de azúcar ALTO** (sobre 250 mg/dl):

El estudiante debe beber 8 onzas de agua o agua carbonatada/gaseosa de DIETA cada hora y debe traer consigo una botella de agua

El estudiante debe de ser excusado para usar los servicios cada vez que lo necesite

Revise la cantidad de cetonas en la orina si el nivel del azúcar es más alto de \_\_\_\_\_ mg/dl. Si las cetonas se encuentran en cantidad moderada o abundante,

entonces

NO PERMITA que el estudiante haga ejercicio y comuníquese con los padres/tutores o con el proveedor médico

Si el estudiante tiene náuseas, vómito, dolor de estómago, o está letárgico (con sueño), llame a la enfermera escolar y a los padres/tutores **tan pronto como sea posible. Vigile al estudiante y si es necesario llame al 911.**

El estudiante debe regresar a clase si no exhibe ninguno de los síntomas arriba mencionados.

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio del Médico \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Nombre de la Enfermera  
Practicante Avanzada: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_