



# PLAN MÉDICO PARA EL MANEJO DE LA DIABETES

## VIGILANDO EL NIVEL DE GLUCOSA EN LA SANGRE

El rango meta para la glucosa en la sangre es \_\_\_\_\_

Las horas de rutina para revisar la glucosa en la sangre en la escuela son \_\_\_\_\_

Los horas extra para revisar la glucosa en la sangre son (marque todas los que aplican)

- antes de hacer ejercicio
- después de hacer ejercicio
- cuando el estudiante muestra síntomas de hiperglucemia
- cuando el estudiante muestra síntomas de hipoglucemia
- otro (*explique*) \_\_\_\_\_
- El estudiante puede llevar a cabo su revisión de glucosa en la sangre con supervisión
- El estudiante puede llevar a cabo su revisión de glucosa en la sangre sin supervisión
- El personal de la escuela debe llevar a cabo las revisiones de sangre
- Excepciones: \_\_\_\_\_

Tipo de mediciones de glucosa en la sangre utilizadas: \_\_\_\_\_

## PARA LOS QUE USAN INYECCIONES DE INSULINA

### Dosis para la Hora del Almuerzo

- La dosis básica de insulina que tiene que darse es: \_\_\_\_\_ (*nombre*) \_\_\_\_\_ unidades
- La dosis flexible de insulina que tiene que darse es: \_\_\_\_\_ (*nombre*) \_\_\_\_\_ unidades/ \_\_\_\_\_ gramos de carbohidratos.
- Otra insulina que tiene que darse: \_\_\_\_\_ (*nombre*) \_\_\_\_\_ unidades

### Corrección de Insulina (*Escala Variable*)

El nombre de la insulina a ser dada es: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ unidades si la glucosa en la sangre es \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ mg./dl  
\_\_\_\_\_ unidades si la glucosa en la sangre es \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ mg./dl  
\_\_\_\_\_ unidades si la glucosa en la sangre es \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ mg./dl  
\_\_\_\_\_ unidades si la glucosa en la sangre es \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ mg./dl  
\_\_\_\_\_ unidades si la glucosa en la sangre es \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ mg./dl

- El estudiante puede ponerse sus propias inyecciones.
- El estudiante puede ponerse su propia inyección con supervisión.
- El personal de la escuela debe administrar las inyecciones.
  
- El estudiante puede determinar la cantidad correcta de insulina.
- El estudiante puede determinar la cantidad correcta de insulina con supervisión.
- El personal escolar debe determinar la cantidad correcta de insulina.
  
- El estudiante puede extraer la dosis correcta de insulina.
- El estudiante puede extraer la dosis correcta de insulina con supervisión.
- El personal escolar debe extraer la dosis correcta de insulina.

# PLAN MÉDICO PARA EL MANEJO DE LA DIABETES

## ESTUDIANTES CON BOMBAS DE INSULINA

Tipo de bomba: \_\_\_\_\_ Tasa basal: \_\_\_\_\_ unidades/hora 12 am a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ unidades/hora \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ unidades/hora \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ unidades/hora \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Tipo de insulina en la bomba \_\_\_\_\_

Tipo de equipo de infusión: \_\_\_\_\_ Introduciendo el equipo usado: \_\_\_\_\_

Ración de carbohidrato/insulina: \_\_\_\_\_ Factor de corrección: \_\_\_\_\_

### *Habilidades/Destreza del Estudiante para Usar la Bomba*

### *Necesita Asistencia*

Contar carbohidratos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cantidad correcta de bolo para carbohidratos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Calcular y administrar el bolo correcto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Calcular y establecer los perfiles basales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Calcular y establecer la tasa basal temporal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Desconectar la bomba	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Volver a conectar el equipo de infusión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Preparar el tanque y los tubos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Introducir el equipo de infusión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Revisar alarmas o errores de funcionamiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

## PARA ESTUDIANTES TOMANDO MEDICINA ORAL PARA LA DIABETES

Tipo de medicina: \_\_\_\_\_ Hora tomada: \_\_\_\_\_

Otras medicinas: \_\_\_\_\_ Hora tomada: \_\_\_\_\_

## COMIDAS Y BOCADILLOS INGERIDOS EN LA ESCUELA

El estudiante es independiente con sus cálculos y manejo de carbohidratos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El estudiante requiere asistencia con su manejo y cálculo de carbohidratos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El personal de la escuela debe hacer el manejo y cálculo de carbohidratos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

<i>Comida/Bocadillos</i>	<i>Hora</i>	<i>Contenido/Cantidad de Comida</i>
Desayuno	_____	_____
Bocadillo a media mañana	_____	_____
Almuerzo	_____	_____
Bocadillo a media tarde	_____	_____
Otras horas para bocadillos	_____	_____
Bocadillos antes de ejercitarse		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bocadillos después de ejercitarse		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Bocadillos preferidos: \_\_\_\_\_

Comida que debe evitarse, si hubiese alguna: \_\_\_\_\_

Instrucciones para cuando se provean alimentos a la clase (por ejemplo, fiestas en la clase):\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# PLAN MÉDICO PARA EL MANEJO DE LA DIABETES

## EJERCICIO Y DEPORTES

Un carbohidrato de acción rápida como \_\_\_\_\_ debe estar disponible en el lugar que se haga ejercicio o deportes.

Restricciones en actividad, si las hay: \_\_\_\_\_

El estudiante no debe ejercitarse si el nivel de glucosa está debajo de \_\_\_\_\_ mg/dl o arriba de \_\_\_\_\_ mg/dl.

### HIPOGLUCEMIA (BAJO NIVEL DE AZUCAR EN LA SANGRE)

Síntomas usuales de hipoglucemia: \_\_\_\_\_

Tratamiento de hipoglucemia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Dosis) Se debe aplicar Glucagon intramuscularmente (IM) si el estudiante está inconsciente, tiene una convulsión o no puede tragar. El lugar para una inyección de Glucagon puede ser el brazo, el muslo o el glúteo.

**Si se requiere glucagon, adminístrelo simultáneamente mientras llama al 911 y a los padres/guardianes.**

### HIPERGLUCEMIA (ALTO NIVEL DE AZUCAR EN LA SANGRE)

Síntomas usuales de hiperglucemia: \_\_\_\_\_

Tratamiento de hiperglucemia: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\***Llame al padre si el nivel de azúcar es más alto que \_\_\_\_\_ mg/dl.**

### **Materiales que deben mantenerse en la escuela** (*Provistos por el padre/guardián*)

\_\_\_\_\_ Medidor de la glucosa en la sangre, tiras para examinar glucosa, baterías para el medidor

\_\_\_\_\_ Dispositivo de punción, lancetas, guantes, etc.

\_\_\_\_\_ Fuente de glucosa de acción rápida

\_\_\_\_\_ Vía de insulina y jeringa

\_\_\_\_\_ Vía de insulina y rasco y jeringas

\_\_\_\_\_ Bocadoillos que contengan carbohidratos

\_\_\_\_\_ Bomba de insulina y materiales

\_\_\_\_\_ Lápiz de insulina, agujas para el lápiz de insulina, cartuchos de insulina

\_\_\_\_\_ Tiras de cetona para orina/sangre

\_\_\_\_\_ Paquete de Glucagon para emergencias

# PLAN MÉDICO PARA EL MANEJO DE LA DIABETES

## PÁGINA CON LA FIRMA DE APROBACIÓN

### AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO PARA EL PLAN DE MANEJO DE LA DIABETES:

*Por favor ponga sus iniciales y marque todas las cajas que aplican*

- \_\_\_\_\_ El Padre/Guardián tiene autorización para hacer los cambios o ajustes necesarios al Plan Médico para el Manejo de la Diabetes, con excepción de lo siguiente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ El Padre/Guardián no está autorizado para hacer cambios o ajustes al Plan Médico de Manejo de la Diabetes.
- \_\_\_\_\_ El Padre/Guardián debe entregar autorización escrita al personal escolar para cambios o ajustes al Plan Médico para el Manejo de la Diabetes.
- \_\_\_\_\_ El personal escolar enviará los cambios o ajustes a mi oficina, vía fax, usando el número de abajo.
- \_\_\_\_\_ He recetado este Plan Médico para el Manejo de la Diabetes.

Mi firma abajo provee autorización para el Plan Médico para el Manejo de la Diabetes. Entiendo que todos los procedimientos serán implementados de acuerdo con la sección 49423.5 del Código de Educación. Entiendo que los servicios especializados para el cuidado de la salud física pueden ser llevados a cabo por personal escolar designado bajo el entrenamiento y supervisión de una enfermera escolar. Nosotros (Yo) entendemos (entiendo) que la administración de insulina no puede ser realizada por personal sin licencia en situaciones que no sean de emergencia, y que la ley estatal limita esta actividad a enfermeros(as), miembros de la familia o a los mismos estudiantes. Esta autorización tiene la duración máxima de un año. Si se indican cambios, yo proveeré una autorización nueva por escrito (puede ser mandada por fax).

- He instruido a \_\_\_\_\_ sobre la manera correcta de usar su medicina. Mi opinión profesional es que se debe permitir a \_\_\_\_\_ cargar y usar medicina por si mismo. Iniciales del Doctor \_\_\_\_\_  
(Nombre del Niño) (Nombre del Niño)
- Pido que la enfermera escolar me provea una copia del Plan Médico para el Manejo de la Diabetes.

**Nombre del Doctor** \_\_\_\_\_

**Firma del Doctor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad/Código Postal** \_\_\_\_\_

**Teléfono del Doctor:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

# PLAN MÉDICO PARA EL MANEJO DE LA DIABETES

## AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA EL PLAN MÉDICO PARA EL MANEJO DE LA DIABETES

Yo (nosotros), la personas firmantes, el(los) padre(s)/guardián(es) del niño antes mencionado, solicito/solicitamos que este Plan Médico para el Manejo de la Diabetes, y cualquier modificación de aquí en adelante, sean implementados mientras mi (nuestro) niño esté en la escuela o asistiendo a un evento de la escuela fuera del plantel. Yo (nosotros), entiendo/entendemos que los servicios serán administrados a mi (nuestro) niño de acuerdo con la sección 49423.5 del Código de Educación. Yo (nosotros) entiendo/entendemos que los servicios de cuidados médicos especializados pueden ser llevados a cabo, o provistos, por personal escolar designado, no licenciado, bajo el entrenamiento y supervisión de una enfermera escolar. Yo (nosotros) estamos de acuerdo en:

1. Proveer los materiales y el equipo necesarios.
2. Notificar a la enfermera escolar si hay alguno cambio en el estado de salud o en el doctor del niño.
3. Notificar inmediatamente a la enfermera escolar y proveer una autorización escrita nueva para cualquier cambio en las órdenes del doctor.

Yo (nosotros) entiendo/entendemos que recibiré/recibiremos una copia completa del Plan Médico para el Manejo de la Diabetes.

Yo (nosotros) autorizo/autorizamos a la enfermera escolar para que se comuniquen con el doctor cuando sea necesario.

Yo (nosotros) también doy/damos permiso para que la autorización contenida en el Plan Médico para el Manejo de la Diabetes sea entregada al personal del Distrito Escolar Auburn Union y a otros adultos cuiden de mi (nuestro) niño y que puedan necesitar saber esta información para mantener la salud y seguridad de mi niño. Esta autorización también se extiende a otros adultos que puedan necesitar la información contenida en el Plan Médico para el Manejo de la Diabetes para mantener la salud y seguridad de mi niño.

Yo (nosotros) estoy/estamos de acuerdo en que el personal escolar implementando el Plan Médico para el Manejo de la Diabetes tiene autorización para hacer modificaciones al Plan siguiendo la dirección escrita del padre/guardián legal del estudiante. Sin embargo, entiendo que cualquier consentimiento escrito para hacer modificaciones que requieren autorización de un doctor, como se indica arriba, no será implementado a no ser que la autorización escrita del médico también se haya entregado al personal escolar. **Todas las modificaciones al Plan Médico de Manejo para la Diabetes TIENEN que ser de forma escrita.** Las solicitudes escritas para hacer modificaciones deben incluir la fecha, la modificación solicitada y las firmas de ambos padres/guardianes, y del empleado escolar que las reciba, así como una autorización escrita del doctor. Estos cambios serán adheridos al Plan Médico para el Manejo de la Diabetes y serán mantenidos en los records de salud/del estudiante.

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardián del Estudiante (escriba en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardián del Estudiante (firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardián del Estudiante (escriba en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardián del Estudiante (firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Revisado por la Enfermera Escolar** \_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Revisado por el(la) Director(a)** \_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha