



DIABETES: PLAN DE EVALUACIÓN Y ACCIÓN

Año escolar: _____/_____

ESTUDIANTE: _____ Fecha de nacimiento: _____ ID: _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

En caso de que no podamos contactar con usted:

TELÉFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre (distinto de los padres)

Relación

Teléfono de la casa

Teléfono de la celular

MANEJO DEL DIABÉTICO (a ser completado por el padre con la ayuda del médico):

Condición: Diabetes tipo I _____ Diabetes tipo II _____

Edad del niño/a cuando fue diagnosticado _____

Tiempos usuales de la prueba de la glucosa de sangre (en el país): _____

Gama de glucosa en sangre objetivo: _____

Tipo de insulina y dosis: _____

Tiempos de administración: _____

Medicamentos actuales (distintos de la insulina): _____

Tiempo (s) de la prueba diaria de glucosa en sangre (en la escuela): _____

Gama satisfactoria de glucosa en la sangre donde no se necesita acción: _____

Para la hipoglucemia:

Si la glucosa en la sangre es *MENOR O IGUAL A*: _____

Síntomas habituales de la hipoglucemia _____

Intervención: _____

Para la hiperglucemia:

Si la glucosa en la sangre es *MAYOR O IGUAL A*: _____

Síntomas habituales de la hiperglucemia: _____

Intervención: _____

¿Debería el estudiante probar cetonas en la orina? _____

Acción si hay cetonas presentes: _____

Otros problemas de salud, si los hubiera: _____

¿Ha recibido el estudiante educación diabética? _____

¿De quien? _____

¿Es el estudiante capaz de controlar los niveles de glucosa en la sangre? _____

¿Se administra insulina? _____

¿Tiene el estudiante una bomba de insulina? _____

¿Tiene el estudiante un monitor continuo de glucosa? _____

Nombre del médico que trata la diabetes de su hijo: _____

Dirección del médico

ciudad

teléfono

fax

Firma del médico: _____ **Fecha:** _____

Comentarios adicionales: _____

¿Puede la enfermera de la escuela contactar al médico en caso de que haya alguna pregunta o preocupación al hacer un plan de emergencia para su hijo? Si _____ No _____

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Recibido/revisado por: _____ **Fecha:** _____

Enfermera de la escuela