



**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