



# Distrito Escolar del Área de Little Chute

## Servicios de Salud

### DIABETES



**Samantha Busko, MSN, RN, Enfermera Escolar 920-788-7600**  
 Escuela Primaria Fax: 920-788-7847 y Escuelas IM/MS/HS Fax: 920-788-7841

El distrito aceptará planes para la diabetes emitidos por el proveedor médico del niño, como el Plan de control de la diabetes del Children 's Hospital de Wisconsin.

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE:</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	<b>GRADO:</b>
<b>ESCUELA:</b>	<b>ESTUDIANTE USA EL AUTOBÚS:</b> <i>SÍ</i> <i>NO</i>	

### INFORMACIÓN DEL DIABETES

#### MARQUE EL TIPO DE DIABETES:

Diabetes tipo 1                       Diabetes tipo 2                       Otro: \_\_\_\_\_

#### ¿SU HIJO UTILIZA UN DISPOSITIVO CGM EN LA ESCUELA?

Sí - ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_                       No

#### ¿SU HIJO UTILIZA INSULINA EN LA ESCUELA?

Sí                       No

#### EN CASO AFIRMATIVO, MARCAR EL TIPO DE INSULINA:

Bolígrafo                       Jeringuilla                       Medtronic 670/770G  
 Omnipod                       Omnipod DASH                       Omnipod 5  
 Dientes (CI de control)                       Tándem (CI basal)                       Otro: \_\_\_\_\_

#### ¿SU HIJO ES CAPAZ DE CONTROLAR SU DIABETES DE FORMA INDEPENDIENTE?

Sí                       No

#### ¿SU HIJO SE APLICA SU PROPIA INYECCIÓN DE INSULINA?

Sí                       No

#### MARQUE LAS COMIDAS QUE SU HIJO RECIBE EN LA ESCUELA:

Desayuno                       Almuerzo

#### ¿SU HIJO TIENE BOCADILLOS EN LA ESCUELA?

Sí                       No

#### ¿SU HIJO SE DOSIFICA INSULINA ANTES O DESPUÉS DE COMER O MERIENDAS?

Sí                       No

## INFORMACIÓN DE LA DOSIS DEL MEDICAMENTO ESCOLAR

### DOSIFICACIÓN DE INSULINA PARA MDI SOLAMENTE (PEN O JERINGA DE INSULINA):

MARQUE CÓMO DETERMINAR UNA DOSIS A LA HORA DE COMER:

bucle azul

Tabla de dosificación

Cálculo en una comida

COMPLETA ESTA SECCIÓN SOLO POR DOSIS CÁLCULOS EN UNA COMIDA:

DESAYUNO: 1.0 unidad por \_\_\_\_\_ gramos

AM MERIENDA: 1.0 unidad por \_\_\_\_\_ gramos

ALMUERZO: 1.0 unidad por \_\_\_\_\_ gramos

Aperitivo de la tarde: 1.0 unidad por \_\_\_\_\_ gramos

¿Qué nivel de azúcar en la sangre en una comida le da insulina extra? Más de \_\_\_\_\_ mg/dL

POR ENCIMA DEL NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE DEBE ADMINISTRARSE UNA DOSIS DE CORRECCIÓN DE INSULINA SIN LAS COMIDAS ¿EN LA ESCUELA? \_\_\_\_\_ MG/LD

¿CÓMO SE DETERMINA LA CANTIDAD?

Dosis de corrección calculada

Primera columna de la tabla de dosis

bucle azul

MARQUE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES HABILIDADES QUE SU HIJO PUEDE HACER:

sin habilidades

Configure su propia pluma o jeringa

Calcular dosis de insulina

Contar carbohidratos

### PEDIDOS DE DOSIFICACIÓN DE INSULINA PARA BOMBAS DE INSULINA ÚNICAMENTE:

POR ENCIMA DEL NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE DEBE ADMINISTRARSE UNA DOSIS DE CORRECCIÓN DE INSULINA SIN LAS COMIDAS ¿EN LA ESCUELA? \_\_\_\_\_ MG/LD

MARQUE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES HABILIDADES QUE SU HIJO PUEDE HACER:

sin habilidades

Cambie el equipo de infusión/prepare el tubo del reservorio

Cantidad correcta de bolo

Contar carbohidratos

Inserte un nuevo juego Desconecte la bomba

Vuelva a conectar la bomba

Realizar modo de actividad/ejercicio de inicio basal temporal

Solucionar problemas de alarmas

En caso de falla de la bomba: extraiga insulina e inyecte

**Desconectar para:**

deportes vigorosos

Duchas

Otro: \_\_\_\_\_

## PLAN DE TRATAMIENTO

### TRATAMIENTO DE SANGRE AZÚCAR BAJA:

CONTROL DE AZÚCAR EN LA SANGRE:

- Trate el nivel de azúcar en la sangre si está por debajo de \_\_\_\_\_ mg/dL o si usa GMC, si el sensor indica "LO" sin un medidor de glucosa.
- Dé \_\_\_\_\_ gramos de carbohidratos de acción rápida.
- Vuelva a controlar el nivel de azúcar en la sangre en 15 minutos.
- Si el nivel de azúcar en la sangre todavía está por debajo de \_\_\_\_\_ mg/dL, dele otros \_\_\_\_\_ gramos de carbohidratos de acción rápida.
- Repita hasta que el nivel de azúcar en la sangre esté por encima de la cantidad de tratamiento deseada.

ADMINISTRACIÓN DE GLUCAGÓN:

- Administre glucagón si el estudiante está confundido/no puede seguir órdenes, no puede tragar, no puede despertarse (inconsciente) o tiene convulsiones o ataques.

**Dosis de glucagón:**

0,5 miligramos

1,0 miligramos

Si el estudiante usa una bomba de insulina y presenta síntomas de un nivel bajo de glucosa en la sangre grave, además de administrar glucagón:

Desconecte la tubería de los estudiantes

Suspender bomba de insulina

Otro: \_\_\_\_\_

## TRATAMIENTO DE SANGRE AZÚCAR ALTA:

### CONTROL DE AZÚCAR EN LA SANGRE (Marque todo lo que corresponda):

- Proporcionar dosis de corrección/suplementaria de insulina como se indica anteriormente
- Si la glucosa en la sangre es \_\_\_\_\_ mg/dL y han pasado más de 2 horas desde la última comida, verifique las cetonas en la orina.
- Glucosa en sangre  $\geq$  \_\_\_\_\_ mg/dL sin cetonas vuelva a comprobar el nivel en sangre en 2 horas
- Glucosa en sangre  $\geq$  \_\_\_\_\_ mg/dL con cetonas (**verifique a continuación**)

#### Seguimiento/procedimiento pequeño:

- Permitir el acceso gratuito al baño.
- Fomentar el consumo de agua y/u otros líquidos sin azúcar
- Vuelva a comprobar el nivel de glucosa en sangre en 2 horas
- Vuelva a comprobar las cetonas en 2 horas
- Otro: \_\_\_\_\_

#### Procedimiento moderado/grande:

- Permitir el acceso gratuito al baño.
- Fomentar el consumo de agua y/u otros líquidos sin azúcar
- Llamar a los padres/tutores
- Haga arreglos para que los estudiantes sean llevados a casa y/o vean a su proveedor de atención médica.
- Otro: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN

### CONSENTIMIENTO DE MEDICAMENTOS DEL PADRE/TUTOR

Por la presente doy permiso al personal escolar capacitado designado para administrar medicamentos a mi hijo durante el día escolar, incluso cuando esté fuera de la propiedad escolar por asuntos oficiales de la escuela, de acuerdo con las instrucciones escritas del médico que se muestran en este formulario. También por la presente aceptó dar mi permiso a la enfermera de la escuela y/o al personal de la escuela para que se comuniquen con el médico del niño si es necesario. Por la presente doy permiso al personal escolar designado para notificar a otro personal escolar apropiado y maestros de salón de clases sobre la administración de medicamentos y los posibles efectos adversos de los medicamentos. Además, aceptó eximir de responsabilidad al Distrito Escolar del Área de Little Chute y al empleado(s) de LCASD que están administrando el medicamento en cualquiera o todos los reclamos que surjan de la administración de este medicamento en la escuela. Acepto notificar a la escuela al finalizar esta solicitud o cuando sea necesario realizar cambios en las órdenes anteriores.

Entiendo que, como padre/tutor, soy responsable de asegurar que la medicación de rescate de respaldo esté disponible para mi hijo después del horario escolar y durante los viajes hacia/desde y durante los eventos patrocinados por la escuela. La información de salud de los estudiantes se comparte a través de correos electrónicos, copias de planes de salud y/o reuniones de personal con maestros de nivel de grado, entrenadores, compañías de autobuses, personal de oficina y otro personal pertinente de LCASD.

**Al firmar a continuación, acepta que ha revisado este plan de salud para su hijo y que el plan de salud es correcto y/o ha realizado los cambios apropiados en este formulario para que el plan sea correcto.**

<b>CONTACTO DE EMERGENCIA:</b>	<b>RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE:</b>
<b>(C) TELÉFONO:</b>	<b>(C) TELÉFONO:</b>
<b>FIRMA DEL PADRE/TUTOR:</b>	<b>FECHA:</b>
<b>NOMBRE DEL MÉDICO:</b>	<b>TELÉFONO:</b>
<b>FIRMA DEL MÉDICO:</b>	<b>FECHA:</b>

Iniciales del director: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_