

Este formulario debe ser completado por el padre de _____.

¿A quién debe llamar / enviar un mensaje de texto la enfermera de la escuela si hay un problema de salud durante el día escolar?

Nombre	Relación	Número de teléfono
--------	----------	--------------------

Nombre	Relación	Número de teléfono
--------	----------	--------------------

¿Hay alguna preocupación cultural / religiosa que la enfermera de la escuela deba tener en cuenta (es decir, uso de la tecnología, ayuno, otros)? Por favor explique:

AUTOCUIDADO DEL ESTUDIANTE

- Sin supervisión Supervisión completa
- Requiere cierta supervisión: capacidad para ser determinado por la enfermera de la escuela y los padres

CONTROLAR LA GLUCOSA EN SANGRE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Según sea necesario para los signos/síntomas de niveles bajos/altos de azúcar en la sangre | <input type="checkbox"/> Después de la educación física |
| <input type="checkbox"/> Programa antes de la escuela | <input type="checkbox"/> Actividad extracurricular |
| <input type="checkbox"/> Antes de la merienda | <input type="checkbox"/> Preocupación conductual |
| <input type="checkbox"/> Programa después de la escuela | <input type="checkbox"/> 2,5 horas después de la corrección |
| <input type="checkbox"/> Antes del almuerzo | <input type="checkbox"/> Salida escolar |
| <input type="checkbox"/> Después del almuerzo | <input type="checkbox"/> Antes de viajar en autobús/caminar a casa |
| <input type="checkbox"/> Recreo | <input type="checkbox"/> Alarmas CGM |
| <input type="checkbox"/> Antes de la educación física | <input type="checkbox"/> OTROS: _____ |

RUTINAS DIARIAS DE DIABETES

Meriendas diarias (tiempo): _____

Prueba de glucosa en sangre: Tiempo: _____ Ubicación: _____

Desayuno comido a las (hora): _____

Almuerzo comido a las (hora): _____

Horas de recreo: _____

Inyecciones de insulina: Hora: _____ Ubicación: _____

Días/horarios de educación física: _____

Continue on next page

CONSIDERACIONES SOBRE EL AULA

Cuando el estudiante experimenta una reacción de glucosa alta en la sangre o una reacción de glucosa baja en la sangre, es probable que sus procesos de pensamiento se vean afectados negativamente.

Por lo tanto, será necesario hacer adaptaciones con respecto a las expectativas de rendimiento durante el tiempo inmediatamente antes y durante al menos una hora después de que se trate el episodio.

El maestro del aula será informado si el estudiante tiene una lectura de glucosa en sangre que podría afectar su funcionamiento, es decir, glucosa en sangre inferior a 80 mg/dL o más de 250 mg / dL al:

- Escrito verbalmente
- Nota escrita de la oficina
- Otros (especifique): _____

Excursiones: Se toman todos los suministros para la diabetes y se brinda cuidado:

- Por el padre acompañante
- De acuerdo con el procedimiento de la excursión/plan de atención de la diabetes re: glucosa en sangre baja/alta
- Otros: _____

Fiestas de clase: Las golosinas se manejarán de la siguiente manera:

- El estudiante comerá golosinas
- Reemplácese con una alternativa suministrada por los padres
- Modifique el tratamiento: _____
- Programe insulina adicional por plan preestablecido

Actividades después de la escuela:

Lista: _____

Plan de atención dado a: _____

OTRAS CONSIDERACIONES

Transporte:

¿Su hijo: Tome el autobús (Bus # _____) Camine Que lo recojan los padres

Adulto designado por los padres (PDA):

¿Hay un PDA presente para su hijo? No Sí *(En caso afirmativo, se requiere documentación de PDA)*

Otras Consideraciones: _____

Este formulario debe ser revisado y firmado por el padre y la enfermera de la escuela y mantenido por la escuela.

Firma principal

IMPRIMIR NOMBRE

FECHA

Firma de la enfermera escolar

IMPRIMIR NOMBRE

FECHA