

Información de diabetes/Órdenes médicas

Para estudiantes que usan bombas de insulina

Doctor, por favor, llene y pídale a los padres que traigan este documento el primer día de clases o antes

Fecha _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____

Doctor: _____ Teléfono de la oficina: _____

Educador de diabetes: _____ Teléfono: _____

Diagnóstico: _____

I. Órdenes generales

A. Límites deseados de glucosa en la sangre: de _____ a _____ mg/dl

Llamar a los padres si la glucosa en la sangre está:

más baja de _____

más alta de _____

presencia de ketones en la orina _____

B. Hora de prueba de glucosa en la escuela _____

en casa _____

C. Órdenes actuales de insulina o vea instrucciones adjuntas

○ Inyección rápida para corrección con comida: _____ unidades de insulina por cada _____ gramos de carbohidratos.

○ factor de corrección para inyección rápida para hiperglucemia: _____ unidades de insulina por cada _____ mg/dl sobre _____ mg/dl.

D. Otros medicamentos: _____

E. Plan de comida/meriendas: _____

F. ¿Hay que medir el nivel de glucosa antes de actividades físicas? _____ sí _____ no

G. Instrucciones especiales relacionadas a actividades físicas en excursiones, pista y campo, etc.

Marque si es apropiado:

• Medir niveles de glucosa _____

• Merienda _____

• ¿Cuándo se debe excluir de una actividad? _____

H. Nivel de cuidado propio aprobado por el médico/proveedor:

	Estudiante con	Estudiante necesita	
<u>solo</u>	<u>supervisión</u>	<u>ayuda</u>	
_____	_____	_____	Hacer su propia prueba de nivel de glucosa
_____	_____	_____	Contar carbohidratos
_____	_____	_____	Determinar cantidad correcta de insulina
_____	_____	_____	Sacar la cantidad correcta de insulina
_____	_____	_____	Inyectarse por sí mismo
_____	_____	_____	Medir ketones en la orina

I. El estudiante ha sido instruido referente a:

Sí / No Señales y síntomas para detectar la hipoglucemia e hiperglucemia

Sí / No Precauciones generales

Sí / No Disposición apropiada de jeringuillas

II. Órdenes de emergencia para _____ Hipoglucemia e _____ Hiperglucemia

Marque uno:

_____ Use el plan de tratamiento estándar incluido según establecido

• Plan de tratamiento de hiperglucemia prescrito por el médico

• Plan de tratamiento de hipoglucemia prescrito por el médico

_____ Lea las órdenes adjuntas del médico

Información de diabetes/Órdenes médicas Para estudiantes que usan bombas de insulina

III. Destrezas del estudiante para usar la bomba de insulina

A. Se recomienda que estudiantes menores de 10 años, de acuerdo a sus destrezas, estén supervisados y ayudados por un adulto adiestrado cuando tengan que hacer cualquier ajuste a la bomba de insulina.

B. Los estudiantes de 10 años o más deben poder demostrar destrezas para manejar la bomba de insulina, según se establece más adelante, para manejar por sí mismo la bomba de insulina.

C. Llame a los padres o encargado inmediatamente si la bomba de insulina falla, (glucosa > 250mg/dl x2) o si el tubo se sale de su sitio.

- Cambios al aparato de infusión debe efectuarse solamente por el padre o encargado.
- Llame a los padres o encargado por cualquier problema, fallas o preguntas acerca de la bomba de insulina.
- Llame al médico o a la línea de ayuda de la bomba de insulina si no consigue al padre o si el padre no puede arreglarla satisfactoriamente.

DESTREZAS DEL ESTUDIANTE EN EL USO DE LA BOMBA DE INSULINA (llene uno para cada estudiante)	¿NECESITA ASISTENCIA?	
	Sí	No
Cuenta carbohidratos	Sí	No
Aplica inyección rápida de acuerdo a carbohidratos consumidos	Sí	No
Calcula y corrige el flujo de suministro continuo	Sí	No
Establece un flujo temporero de suministro continuo	Sí	No
Desconecta y conecta la bomba si es necesario	Sí	No
Cambia el aparato de infusión	Sí	No
Se administra la inyección con una jeringuilla	Sí	No
Responde y actúa de acuerdo a cualquier tipo de alarma	Sí	No

D. Persona que provee el procedimiento: _____ Enfermera de la escuela _____ Personal adiestrado
 _____ Estudiante _____ Estudiante con ayuda/supervisión

IV. Firmas y autorizaciones

A. Médico:

Estas órdenes, según descritas previamente en el Plan de tratamiento de hipoglucemia y el Plan de tratamiento de hiperglucemia, tendrán efecto durante el año escolar.

firma del médico

fecha

B. Autorización del padre o encargado:

1. Divulgación de información médica

Autorizo a _____ a enviar este año escolar, mediante fax o teléfono, a
oficina del doctor
 la enfermería la información de diabetes de mi hijo _____, quien asiste
nombre del estudiante
 a la escuela _____.
nombre de la escuela

firma del padre o encargado

nombre en letra de molde

fecha

Información de diabetes/Órdenes médicas Para estudiantes que usan bombas de insulina

2. Consentimiento para comunicarse con el médico

Doy permiso para que la Oficina de servicios de salud de LISD se comuniquen con la oficina del doctor de mi hijo concerniente a su condición de diabetes.

_____ **firma del padre o encargado**

_____ **nombre en letra de molde**

_____ **fecha**

C. Enfermera Escolar / Administrador de Enfermería

He repasado la orden para una implementación segura. La fecha de renovación/revisión es _____.

_____ **enfermera escolar / administrador de enfermería**

_____ **fecha**