

Información de diabetes/Órdenes médicas

Para estudiantes que no 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 lea la hoja adjunta _____

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
Estudiante solo	supervisión	ayuda
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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 no usan bombas de insulina

III. Firmas y autorizaciones

A. Médico:

Éstas órdenes, según descritas previamente en el Plan de tratamiento de hipoglucemia y el Plan de tratamiento de hiperglucemia, tendrá 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

2. Consentimiento para comunicarse con el médico

Doy permiso para que la Oficina de servicios de salud de LISD se comunique 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