

PLAN PARA CUIDADO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES

El medico y los padres de familia o tutores deberan completar este plan. El plan completo será revisado por la enfermera de la escuela, los asistentes de cuidado de la diabetes sin licencia y otro personal autorizado.

PART A. Un médico con licencia de ejercer la medicina en el estado de Texas para completa esta sección.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha: _____

DIAGNÓSTICO: Diabetes Tipo 1: ___ Tipo 2: ___ Diabetes Gestacional: ___ Edad de inicio: ___

MONITOREO DE LA GLUCOSA EN LA SANGRE: Rango objetivo de glucosa en sangre: _____ mg/dl

El rango objetivo de glucosa en sangre: _____ mg/dl a _____ mg/dl

Tipo de monitor de azúcar en la sangre que usa el estudiante: _____

Horarios habituales para hacer la prueba de la glucosa en sangre: _____

Horarios para hacer más pruebas: ___ Antes de ejercicio ___ Cuando el estudiante exhibe síntomas de hiperglicemia ___

Despues de ejercicio ___ Cuando el estudiante exhibe síntomas de hipoglucemia ___

Otro (explicar): _____

¿Puede un estudiante practicarse la prueba de glucosa en sangre? SI ___ No ___ Excepciones: _____

INSULINA: Horas, tipos, y dosis de insulina que debe darse durante la escuela:

Hora: _____ Tipo de Insulina: _____ Dosis: _____

Hora: _____ Tipo de Insulina: _____ Dosis: _____

Si se utiliza una dosificación flexible:

Hora: _____ Tipo de Insulina: _____ Dosis: _____ Unidades/ _____ gramos de carbohidratos

¿Puede el estudiante inyectarse a sí mismo? Si ___ No ___ Excepciones: _____

¿Puede un estudiante determinar la cantidad correcta de insulina? Si ___ No ___

¿Puede un estudiante sacar la cantidad correcta de insulina? Si ___ No ___

Corrección de la dosis de insulina: Dosis: Dar _____ unidades de _____ insulina por vía

subcutánea para la glucosa en sangre _____ mg/dl para más de _____ mg/dl o glucosa en sangre por

debajo de _____ mg/dl = nada de insulina adicional Notificar a los **padres de familia** si el nivel de glucosa está sobre ___ mg/dl Notificar al

médico si el nivel de glucosa está sobre _____ mg/dl

PARA LOS ESTUDIANTES QUE USAN JERINGAS DE INSULINA:

Tasas basales _____ 12 a.m. a _____

Tipo de Jeringa: _____ Relación insulina/carbohidratos: _____ Factor de corrección: _____ Factor de corrección

cuando: _____

¿Está capacitado el estudiante con respecto a la bomba? Si ___ No ___

¿Puede el estudiante solucionar eficientemente los problemas? (e.g, ketosis or pump malfunction?) Si ___ No ___

PARA LOS ESTUDIANTES QUE TOMAN MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES POR VÍA ORAL:

Hora: ___ Nombre del medicamento _____ Dosis: _____

Hora: ___ Nombre del medicamento _____ Dosis: _____

NO PUEDE TRAGAR, PÉRDIDA DE CONCIENCIA O TIENE CONVULSIÓN:

___ Gel de glucosa, 1 mg. glucagón por vía intramuscular o subcutánea y llamar al 911

EJERCICIO Y DEPORTES:

Restricciones de actividad, si existe alguna: _____

Los estudiantes **no** deben hacer ejercicio si la glucosa en sangre está debajo de ___ mg/dl o sobre ___ mg/dl o si es moderado a cantidades grandes o hay cetonas presentes

ESTE PLAN DE TRATAMIENTO MEDICO DE LA DIABETES HA SIDO APROBADO POR:

SIGN HERE 

Physician's Signature

Date

Phone number

Fax number

SIGN HERE 

Name of Physician's Diabetes Educator

Phone number

