

Wayne County Schools Career Center

518 West Prospect Street-Smithville-Ohio-44667-330-669-7011-Fax-330-669-7001

PLAN DE ACCIÓN PARA LA DIABETES ESTUDIANTIL

AL ESTUDIANTE QUE ANTERIORMENTE HA RECIBIDO LA DIAGNOSTICA DE DIABETES. ESTE FORMULARIO AYUDARÁ EN EL MANEJO DE SU DIABETES Y DEBE MANTENERSE EN EL EXPEDIENTE MÉDICO DE LOS ESTUDIANTES Y TOMAR EN TODAS LAS EXCURSIONES ALING CON LA MEDICACIÓN DE LOS ESTUDIANTES.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **Grado:** _____

Calle: _____ **Ciudad:** _____ **CODIGO POSTAL:** _____

Médico _____ **OFICINA:** _____ **Teléfono:** _____

CONTACTO PRINCIPAL

PADRE/TUTOR LEGAL: _____ **CELULAR:** _____ **Casa:** _____

Trabajo: _____

CONTACTO SECUNDARIO

Nombre: _____ **Relación:** _____

CELULAR: _____ **# de Casa:** _____ **# de Trabajo:** _____

MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA EN SANGRE

Rango objetivo para la glucosa en sangre	Habilidades de verificación de glucosa en sangre de cuidado personal del estudiante
<input type="checkbox"/> ____ mg/dl to ____ mg/dl.	Controles independientes
<input type="checkbox"/> 80-110 mg/dl	Consultar con supervisión
<input type="checkbox"/> 70-130 mg/dl	Requiere enfermera escolar o personal capacitado para verificar
<input type="checkbox"/> 70-180 mg/dl	

TIMES TO CHECK BLOOD GLUCOSE

- Con síntomas de hipoglucemia (with symptoms of hypoglycemia)
- Con síntomas de hiperglucemia (with symptoms of hyperglycemia)
- Antes del desayuno/almuerzo/merienda. _____ horas después de la comida.
(before breakfast/lunch/snack ___ hours after food)
- Según sea necesario para los signos/síntomas de la enfermedad (As needed for signs/symptoms of the disease)
- 2 horas después de una dosis de corrección o especifique _____ hrs. después de la dosis de corrección 2 hours after a correction dose or specify _____ hrs. after the correct dose

Póngase en contacto con los padres/tutores si la glucosa en sangre es inferior a 70 o superior a 400 (Trate siempre al estudiante primero y luego llame a casa)

HIPOGLUCEMIA (BAJO NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE) <70

- Dolor de cabeza, Temblor, Visión borrosa, Irritabilidad, Confusión, Mareos, Hambre, Debilidad, Somnolencia, Sudoración, Cambio de comportamiento, Habla desalada, Mala coordinación, Palidez, Ansiedad, Pérdida de conciencia, Convulsión, Otro _____

HIPERGLUCEMIA (ALTO NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE) > 250

- Sed, micción frecuente, fatiga, se siente cansado / somnoliento, visión borrosa, confundido, inconsciente, débil, respiración trabajada, boca seca, Náuseas, Vómitos, Hambre, Enrojecimiento de la piel, Falta de concentración, Aliento dulce/afrutado, Incapacidad para tragar, Otro _____

ACCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPOGLUCEMIA < 70

- 2-4 tabletas de glucosa O pastillas o elección de jugo por instrucción de los padres
- 4 ounces of juice
- Gel de glucosa (usando el dedo, colocar entre la mejilla y la encía en la boca)-1/2 tubo
- Si no hay comida o refrigerio en la próxima hora entonces dar refrigerio de 15 gramos.
- Contactar con la enfermera de la escuela

TRATAMIENTO SEVERO CONTRA LA HIPOGLUCEMIA

- Gel de glucosa o gel de decoración de pasteles 1/2 tubo entre la mejilla y la encía
- Glucagon (dar 0.5mg/1mg SQ en el brazo o en el muslo)
- Llamar a 911
- Llame al padre/tutor legal
- Contactar con la enfermera de la escuela

TRATAMIENTO CONTRA LA HIPERGLUCEMIA > 250

- Proporcionar agua y acceso al baño
- Prueba las cetonas de orina si la glucosa en sangre es superior a 250 dos veces seguidas. Llame al padre si es de moderada a grande.
- Consulte a continuación las instrucciones sobre insulina si procede

Child should not be sent home from school with elevated blood glucose UNLESS child is too ill from the acute illness and/or has moderate ketones and vomiting present

INSULIN

DOSIS HABITUAL DE LA HORA DEL ALMUERZO: Dosis base de Humalog/Novolog, Insulina regular en el almuerzo (tipo de círculo de insulina rápida/de acción corta utilizada)

_____ unidades o hace dosificación flexible utilizando _____ unidades/ _____ gramos de carbohidratos

Use otra insulina en el almuerzo (por favor enumere el tipo y las unidades) _____

DOSIS DE CORRECCIÓN DE INSULINA

_____ Unidades si la glucosa en sangre _____ a _____ mg/dl

_____ Unidades si la glucosa en sangre _____ a _____ mg/dl

_____ Unidades si la glucosa en sangre _____ a _____ mg/dl

_____ Unidades si la glucosa en sangre _____ a _____ mg/dl

_____ Unidades si la glucosa en sangre _____ a _____ mg/dl

PARA ESTUDIANTES CON BOMBA DE INSULINA

Factor de corrección _____

Tipo de bomba _____

Relación insulina/carbohidratos _____

Es el estudiante competente con respecto al uso de la bomba sí / no

¿Puede el estudiante solucionar problemas (mal funcionamiento de la bomba) Sí/no

¿Puede el estudiante dar sus propias inyecciones? Sí/No

¿Puede el estudiante determinar la cantidad correcta de insulina? Sí/No

¿Puede el estudiante extraer la dosis correcta de insulina? Sí/No

Si el estudiante queda inconsciente, teniendo una convulsión o incapaz de tragar

Administrar _____ Dosis _____ Medio _____ y llame al 911.

Acuerdo:

- Estoy solicitando permiso para que mi hijo nombrado anteriormente reciba medicamentos de acuerdo con este plan de acción. Asumiré la responsabilidad de la entrega segura de la medicación/medicamento a la escuela. El medicamento, será llevado a la escuela en el recipiente en el que fue dispensado por el prescriptor o farmacéutico con licencia.
- Notificaré a la escuela inmediatamente si hay algún cambio en el uso del medicamento o tratamiento prescrito. Un plan de acción revisado deberá estar en el archivo firmado por el prescriptor.
- Libero y acepto mantener a la Junta de Educación, sus funcionarios, y sus empleados indemne de cualquier responsabilidad previsible o imprevisible por daños o lesiones resultantes directa o indirectamente de esta autorización

FIRMAS: Representar el acuerdo con la información y el plan de acción anteriores

PADRE/TUTOR: _____ **FECHA:** _____ **PRESCRIPTOR CON**

LICENCIA: _____ **FECHA:** _____

ENFERMERA ESCOLAR: _____ **FECHA:** _____