



Bay District Schools

Plan de Manejo de Diabetes para el Año Escolar 2021-2022



Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento::	ID del Estudiante:	Grado:
Padre/Guardian #1:	Cell #:	Casa #:	Trabajo #:
Padre/Guardian #2:	Cell #:	Casa #:	Trabajo #:
Proveedor de Atención Medica para la Diabetes:		Telefono #:	Fax #:

Habilidades de Autocuidado del Estudiante	No Requiere Supervision	Requiere Supervision
Realiza e Interpreta Pruebas de Glucosa en Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcula Gramos de Carbohidratos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Determina Dosis de Insulina para Ingesta de Carbohidratos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Determina la Corrección de la Dosis de Insulina para la Glucosa Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El Estudiante Puede Autoinsertar el Equipo de Infusión con Bomba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El estudiante puede llevar suministros para Diabetes, determinar la dosis de insulina y auto-administrar insulina mediante pen <input type="checkbox"/> o bomba de insulina <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estudiantes que no requieran supervisión podrían llevar consigo suministros para diabetes y auto-administrarse insulina con prescripción médica y autorización parental, según el Estatuto de Florida 1002.20(3)(j).

Medición de Glucosa Sanguínea en la Escuela

Medir la Glucosa Sanguínea con Glucometro antes de administrar insulina y según sea necesario en base a signos y síntomas o altos o bajos niveles de glucosa entre _____ mg/dl. Puede usar el Monitor Continuo de Glucosa (CGM) para la dosificación si BG

Pruebas Adicionales de Glucosa en Sangre en la Escuela: Antes PE Después PE Antes Merienda

Azúcar Sanguínea Baja (HIPO-glicemia) – Prueba de Glucosa en Sangre para Confirmar

El Estudiante reconoce cuando presenta signos de nivel BAJOS de azúcar Si No

Los Signos y Síntomas del Estudiantes pueden incluir: Hambre Debil/Tembloroso Dolor de cabeza Mareos Dolor de abdominal Ansiedad Cambios de Personalidad Nauseas/Vomitos Confusión Fatiga Somnolencia Vision Borrosa Otros _____

Manejo de Niveles Bajos de Glucosa en Sangre (por debajo de _____ mg/dl)

1. Si el estudiante está despierto y puede tragar: Dele 15 gramos de un carbohidrato de acción rápida como: 4 oz. jugo de fruta o refresco no dietético, 3-4 tabletas de glucosa o glaseado en tubo, refrigerio proporcionado por los padres u otro _____.
2. Repita el tratamiento anterior hasta que la glucosa en sangre sea superior a __ mg/dl. El estudiante luego puede regresar a clase.
3. Siga el tratamiento con un refrigerio de _____ gramos de carbohidratos si falta más de 1 hora para la próxima comida/refrigerio o si va a una actividad.
4. Notifique a los padres cuando la glucosa en sangre esté por debajo de _____ mg/dl.
5. Retrase el ejercicio si la glucosa en sangre está por debajo de _____ mg/dl.
6. Retrasar las pruebas académicas si la glucosa en sangre está por debajo de _____ mg/dl.

Si el estudiante está inconsciente o tiene una convulsión, llame al 911 inmediatamente y notifique a los padres. Coloque al estudiante del lado izquierdo si es posible. Si usa una bomba de insulina, coloque la bomba en modo de suspensión/parada o _____

Administre:

- Gel de glucosa:** Un tubo que se administra en el interior de la mejilla y se masajea desde el exterior mientras se espera que se mezcle y administre el Glucagón.
- Glucagon / Gvoke HypoPen:** Administre 0.5mg 1.0 mg Glucagon Inyeccion IM SQ
- Baqsimi (glucagon):** Administre 3.0mg polvo nasal

Nombre del Estudiante:	Fecha Nacimiento:
-------------------------------	--------------------------

ALTO nivel de azúcar en sangre (HIPER-glucemia): Pruebe el Nivel de Azúcar en Sangre para Confirmar

El Estudiante reconoce cuando presenta signos de niveles ALTOS de azúcar Si No

Los Signos y Síntomas pueden incluir: Incremento en Hambre Sed Orinas Dolor de cabeza Dolor abdominal
Piel Seca, Caliente o Ruborizada Fatiga Vision Borrosa Somnolencia Confusion Aliento dulce, frutal
Otro: _____

Manejo de la Glucosa Sanguinea ALTA (arriba de _____ mg/dl)

1. Consulte la sección Administración de insulina a continuación para conocer los horarios designados para administrar insulina.
 2. Dele agua u otros líquidos sin azúcar según los tolere y permita frecuentes privilegios para ir al baño.
 3. Controle las **cetonas** si la glucosa en sangre es superior a _____ mg/dl.
 4. El estudiante puede regresar a clase por glucosa en sangre de _____ mg/dl.
 5. Notifique a los padres si las cetonas son positivas y/o el nivel de glucosa en sangre supera los _____ mg/dl.
 6. Retrase el ejercicio si la glucosa en sangre está por encima de _____ mg/dl.
 7. Retrasar los exámenes académicos si la glucosa en sangre está por encima de _____ mg/dl.
 8. Vuelva a medir la glucosa de sangre en _____ horas si es superior a _____ mg/dl.
 9. Si el nivel de glucosa en sangre supera los _____ mg dl y no responde a las intervenciones, comuníquese con los padres para que recojan el estudiante.
 10. Si no puede comunicarse con los padres, monitoree al estudiante, LLAME al 911 para GS mayor de _____ mg/dl, o el estudiante desarrolla dificultad para respirar, se vuelve muy débil, confuso, inconsciente y/o comienza a convulsionar.
- Otro: _____

Administración de Insulina:

Corrección de Insulina para glucosa en sangre alta en la escuela: Antes del Desayuno Antes del Almuerzo
Glucosa Sanguínea _____ mg/dl y ha estado _____ horas desde la ultima dosis de insulina Otro: _____

Tipo de Insulina en la Escuela: Humalog Novalog Otro _____

Metodo de Administración de Insulina en la Escuela	<input type="checkbox"/> Pluma de Insulina	<input type="checkbox"/> Bomba de Insulina: La bomba calculara la dosis de Insulina. Suspend Pump if blood glucose is below _____ mg/dl Nota: Si la glucose sanguínea esta por encima de _____ mg/dl, la bomba prescribirá la dosis de insulina. Si la bomba falla, use pluma/jeringa para administrar insulina según las guías de administración de Insulina. Los padres son responsables de administrar todos los suministros requeridos para esta acción.
---	---	---

Glucosa en Sangre Objetivo: _____ mg/dl.

Dosis de Insulina de Carbohidratos Administre una unidad de insulina por _____ gramos de carbohidratos

Insulina para Carbohidratos que se consumen en la escuela, indicar horarios:
Antes del Desayuno Antes del Almuerzo Antes de la Merienda
Otros: _____

Glucosa Sanguinea Objetivo Administre una unidad de insulina por cada _____ mg/dl que el nivel de azúcar en sangre esté por Encima o por Debajo del Nivel de Azúcar en Sangre objetivo.

Llamar a los Padres para la Corrección de la Glucosa Sanguínea y la Determinación de la Insulina

Dosis de Corrección de la Glucosa Sanguínea Alta – Use la Escala de Insulina:

Glucosa Sanguínea _____ a _____	Insulina- _____ unidades	Glucosa Sanguínea _____ a _____	Insulina- _____ unidades
Glucosa Sanguínea _____ a _____	Insulina- _____ unidades	Glucosa Sanguínea _____ a _____	Insulina- _____ unidades
Glucosa Sanguínea _____ a _____	Insulina- _____ unidades	Glucosa Sanguínea _____ a _____	Insulina- _____ unidades

Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:
-------------------------------	-----------------------------

Por la presente autorizo al proveedor de atención médica para la diabetes y al personal de Bay District Schools, Charter Schools, PanCare of Florida, Inc., mencionado anteriormente, a divulgar recíprocamente información sobre la salud del estudiante verbal, escrita, enviada por fax o electrónica con respecto al niño mencionado anteriormente por administrar la medicación necesaria o tratamiento en la escuela. Entiendo que Bay District Schools Charter Schools y PanCare protegen y aseguran la privacidad de la información de salud y educación de los estudiantes según lo requieren las leyes federales y estatales y en todas las formas de registros, incluidos, entre otros, los que son orales, escritos o enviados por fax. o electrónico. Solicito que mi hijo sea ayudado a tomar el medicamento o el tratamiento descrito anteriormente en la escuela por personas autorizadas según lo permita mi médico y yo. Entiendo que todos los refrigerios y suministros deben ser proporcionados/reabastecidos por el padre/tutor. Entiendo que todos los procedimientos se implementarán de acuerdo con las leyes y regulaciones del estado de Florida y pueden ser realizados por personal escolar designado sin licencia (Estatuto de FL 1006.062) bajo la capacitación brindada por la enfermera de la escuela.

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Firma del Médico/Practicante: _____ Fecha: _____

INDEPENDIENTE/CUIDADO PERSONAL:

Según las instrucciones de los padres, _____ podrá realizar de forma independiente el control de la glucosa en sangre, el recuento de carbohidratos, la determinación y administración de la dosis de insulina. **El personal de la escuela no tendrá ninguna responsabilidad con respecto a estas actividades.** Yo, el padre/tutor, completaré y devolveré el Plan de Atención Individual para mi hijo con instrucciones sobre la atención de emergencia.

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Reviewed by: _____, School Health Registered Nurse Date: _____