



Bay District Schools



Plan de Manejo de Diabetes para el Año Escolar 2020-2021

Nombre del Estudiante	Fecha Nac:	ID del Estudiante:	Grado:
Padre/Tutor #1:	#Cell:	#Casa:	#Trabajo:
Padre/Tutor #2:	#Cell:	#Casa:	#Trabajo:
Proveedor de Atencion 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 se auto-inserta la Bomba de Infusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El estudiante puede llevar suministros para Diabetes, determinar la dosis de insulina y auto-administrar insulina mediante pluma <input type="checkbox"/> o bomba de insulina <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 Podría usar Monitor Continuo de Glucosa (CGM) para dosificar si GS se encuentra entre: _____ mg/dl.

Medición adicional de Glucosa Sanguínea: Antes de PE Después de PE Antes de 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 la Glucosa en Sangre Baja (debajo de _____ mg/dl)

- Si el estudiante está despierto y puede tragar: Dar 15 gramos de un carbohidrato de acción rápida como:
- 4 oz. Jugo de Frutas o Soda no dietética, 3-4 tabletas de glucosa, o tubos congelados, bocadillo proporcionado por los padres u otros _____
- Repita el tratamiento anterior hasta que los niveles de glucosa se encuentren por arriba de _____ mg / dl. El estudiante puede regresar a clase hasta entonces.
- Siga el tratamiento con bocadillos de _____ gramos de carbohidratos por más de 1 hora hasta la siguiente comida/refrigerio o si realiza actividad.
- Notifique al padre cuando la glucosa sanguínea se encuentre por debajo de _____ mg/d.
- Retrase el ejercicio si la glucosa sanguínea se encuentre debajo de _____ mg/dl.

Si el estudiante está inconsciente o teniendo una convulsión, llame al 911 inmediatamente y notifique a los padres. Coloque al estudiante hacia su lado izquierdo si es posible. Si esta usando bomba de insulina, cambie la bomba a modo suspensión o detención o _____

Administre:

Gel de Glucosa: Un tubo administrado dentro de la mejilla y masajeados desde fuera mientras se espera que el Glucagon sea mezclado y administrado.

Glucagon: Administre 0.5mg 1.0 mg Inyección de Glucagon IM SQ

Baqsimi (glucagon): Administre 3.0mg polvo nasal

Nombre del Estudiante: _____		Fecha Nac: _____	
Azúcar en Sangre ALTA (HIPER-glicemia) – Prueba de Glucosa en Sangre para Confirmar			
El Estudiante reconoce cuando presenta signos de niveles ALTOS de azúcar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Los Signos y Síntomas pueden incluir: Incremento en <input type="checkbox"/> Hambre <input type="checkbox"/> Sed <input type="checkbox"/> Orinas <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Piel Seca, Caliente o Ruborizada <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Vision borrosa <input type="checkbox"/> Somnolencia <input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Aliento dulce, frutal <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Manejo de la Glucosa Sanguínea ALTA (arriba de _____ mg/dl)			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Consulte la sección de Administración de Insulina que se encuentra abajo para los tiempos en que la insulina debe administrarse. 2. Administre agua u otro liquid libre de azúcar según tolerancia y permita permisos frecuentes para el uso del baño. 3. Verifique cetonas si la glucose sanguinea se encuentra por arriba de _____mg/dl. 4. El Estudiante puede regresar a clases con niveles de glucose sanguinea esta por arriba de _____mg/dl. 5. Notifique a los padres si las cetonas son positivas y/o la glucose sanguinea esta por arriba de _____mg/dl. 6. Retrase el ejercicio si la glucose sanguinea se encuentra por arriba de _____mg/dl 7. Verifique la glucose sanguinea en _____horas si se encuentra arriba de _____mg/dl. 8. Si la glucose sanguinea se encuentra arriba de _____mg/dl, y no responde a intervenciones, contacte a los padres para que recojan al estudiante. 9. Si no es possible contactar a algun padre o monitor escolar, LLAME al 911 s las BG es mas alta de _____mg/dl, o si el estudiante desarrolla respiración forzada, debilidad extrema, confuso, inconsciente y/o comienza a convulsionary. 			
Otro: _____			
Administración de Insulina:			
Corrección de Insulina para glucose en sangre alta en la escuela: <input type="checkbox"/> Antes del Desayuno <input type="checkbox"/> Antes del Almuerzo <input type="checkbox"/> Glucosa Sanguínea _____mg/dl y ha estado ____ horas desde la ultima dosis de insulina <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Tipo de Insulina en la Escuela: <input type="checkbox"/> Humalog <input type="checkbox"/> Novalog <input type="checkbox"/> 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. 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 Sanguínea Objetivo: _____mg/dl.			
Dosis Insulina por Carbohidrato	Dar una unidad de insulina por _____gramos de carbohidratos		
Insulina por carbohidratos ingeridos en la escuela, indique los tiempos:	<input type="checkbox"/> Antes del Desayuno <input type="checkbox"/> Antes del Almuerzo <input type="checkbox"/> Antes de la Merienda <input type="checkbox"/> Otros: _____		
Factor de Corrección de Insulina	Administrar una unidad de insulina por cada _____mg/dl que la Glucosa Sanguínea esta por Arriba o Debajo de la Glucosa Sanguínea Objetivo.		
<input type="checkbox"/> 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
<p>Por la presente autorizo al proveedor de atención médica de Diabetes antes mencionado y al personal de Bay District Schools/PanCare of Florida, Inc. a divulgar recíprocamente información de salud del estudiante verbal, escrita, enviada por fax o electrónica con respecto al niño mencionado anteriormente para que le administre la medicación o el tratamiento necesarios mientras esté en colegio. Entiendo que Bay District 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, enviados por fax o electrónicos. 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 bocardillos 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.</p>			
Firma del Padre/Tutor _____		Fecha _____	
Firma del Medico/Personal de Salud _____		Fecha _____	
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. Completaré y devolveré el Plan Individual de Cuidado para mi hijo(a) con instrucciones con respect al cuidado de emergencia.			

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Reviewed by:

School Health Registered Nurse

Date