

AÑO ESCOLAR: ____ - ____

Plan Médico para el Manejo de la Diabetes: Children's Healthcare of Atlanta, Endocrinología
1400 Tullie Road, Atlanta, GA 30303 | 404-785-5437 | cpgdiabetes@choa.org

Nombre del niño		Fecha de Nacimiento:
Nombre del Padre	Teléfono:	Correo electrónico:
Nombre de la Madre	Teléfono:	Correo electrónico:

MANEJO RUTINARIO DE AZUCAR EN LA SANGRE/ ADMINISTRACION DE INSULINA

Monitoreo de azúcar en la sangre:	Cuando: <input checked="" type="checkbox"/> Antes de las comidas <input checked="" type="checkbox"/> Antes de la salida de la escuela <input checked="" type="checkbox"/> Cuando tenga síntomas Como: <input checked="" type="checkbox"/> Glucómetro <input checked="" type="checkbox"/> Monitoreo continuo de glucosa
Insulina de acción rápida:	Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> Humalog <input type="checkbox"/> Novolog <input checked="" type="checkbox"/> Admelog <input type="checkbox"/> Fiasp <input type="checkbox"/> Apidra <input type="checkbox"/> Otro: _____ Administración: <input checked="" type="checkbox"/> Pluma de insulina o vial y jeringa <input type="checkbox"/> Bomba de insulina
Cobertura de carbohidratos:	<input checked="" type="checkbox"/> Desayuno: Dar 1 unidad por cada *** gramos de carbohidratos <input checked="" type="checkbox"/> Almuerzo: Dar 1 unidad por cada *** gramos de carbohidratos <input checked="" type="checkbox"/> Refrigerio: Dar 1 unidad por cada *** gramos de carbohidratos <input checked="" type="checkbox"/> Para la hiperglucemia antes de las comidas (> 150), administrar insulina adicional para la dosis de corrección: (Glucosa en la sangre -100)/ ***
Tiempo de comida adicional Consideraciones:	<input checked="" type="checkbox"/> Para la hiperglucemia antes de las comidas (<70), ver "Manejo de Hiperglucemia" para el tratamiento antes de la comida. Once BG >70, dar cobertura de carbohidratos según lo ordenado anteriormente.

MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA

Para azúcar en la sangre > 300 o > 250 si se usa bomba de insulina Por 2 horas (fuera de La hora de la comida)	<input checked="" type="checkbox"/> Verifique las cetonas y notifique a los padres si hay cetonas presentes <input checked="" type="checkbox"/> Se debe permitir que el niño permanezca en la escuela o en la actividad física a menos que haya vómitos o cetonas moderadas/grandes. <input checked="" type="checkbox"/> Permitir líquidos sin azúcar y privilegios de baño <input type="checkbox"/> Si transcurren 2 horas desde la última dosis de insulina, dar la MITAD de dosis de corrección (ver la parte anterior de administración de insulina para "hiperglucemia") <input checked="" type="checkbox"/> Si transcurren 4 horas desde la última dosis de insulina, dar la dosis de corrección COMPLETA (ver la parte anterior de administración de insulina para "hiperglucemia")
---	--

MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA

Nivel levemente bajo de azúcar en la sangre (< 70)	<input checked="" type="checkbox"/> Dar 15 gramos de carbohidratos de acción rápida; Volver a checar en 15 minutos <input checked="" type="checkbox"/> Si el nivel de azúcar permanece a < 70, volver a tratar y volver a checar en 15 minutos <input checked="" type="checkbox"/> Notificar a los padres si la hipoglucemia no se resuelve y continuar el tratamiento hasta que llegue el padre o el cuidado sea escalado por el padre; No Dejar al niño solo
--	--

	<input checked="" type="checkbox"/> Si CGM sigue baja después de 15 minutos, repetir comprobación en glucómetro
Azúcar baja en la sangre SEVERA (Perdida del conocimiento o Convulsiones)	<input checked="" type="checkbox"/> Administrar Glucagon: *** mg. <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> Nasal <input checked="" type="checkbox"/> Llamar al 911. Mantener las vías respiratorias abiertas. Voltar al niño de lado. <input checked="" type="checkbox"/> Notificar a los padres <input type="checkbox"/> Parar/Suspender/Desconectar la bomba de insulina (enviar con EMS al hospital)

MANEJO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Antes de la actividad:	<input checked="" type="checkbox"/> Checar el azúcar en la sangre. <input checked="" type="checkbox"/> Si la azúcar está a <70, Siga las pautas de manejo de la hipoglucemia <input checked="" type="checkbox"/> Si el azúcar está a >300, Siga las pautas de manejo de la hiperglucemia <input checked="" type="checkbox"/> Tener carbohidratos de acción rápida y suministros de monitoreo disponibles <input type="checkbox"/> Para la bomba: podría suspender por 1 hora o disminución basal en un ____ %
------------------------	---

APOYO DE PERSONAL CAPACITADO/ PARTICIPACION DEL ESTUDIANTE / AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Personal Capacitado (Enfermera de la escuela o Personal Capacitado para tratar la Diabetes):	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorización de las lecturas de glucosa en la sangre (medidor o CGM) y responden como se describe en las secciones anteriores de hipo/hiperglucemia. <input checked="" type="checkbox"/> Calcular y administrar/supervisar las administraciones de insulina mediante inyección o bomba de insulina como se indica en DMMP <input checked="" type="checkbox"/> Administrar Glucagon cuando sea necesario <input checked="" type="checkbox"/> Monitoreo de las cetonas en sangre u orina <input checked="" type="checkbox"/> Controlar o ayudar con la tecnología de la diabetes: bombas o MCG
Participación del Estudiante:	<input type="checkbox"/> Monitorización de glucosa en la sangre: <input type="checkbox"/> en la clínica de la escuela <input type="checkbox"/> en el aula <input type="checkbox"/> en cualquier lugar <input type="checkbox"/> Calcular y administrar inyecciones de insulina: <input type="checkbox"/> con supervisión <input type="checkbox"/> independientemente <input type="checkbox"/> Controlar las cetonas en sangre u orina <input type="checkbox"/> Tratar la hipoglucemia <input type="checkbox"/> Llevar suministros para: <input type="checkbox"/> Monitoreo del azúcar en la sangre <input type="checkbox"/> administración de insulina <input type="checkbox"/> Administrar la tecnología: <input type="checkbox"/> CGM <input type="checkbox"/> Bomba <input checked="" type="checkbox"/> El teléfono celular se utiliza como un dispositivo médico
Autorización de los padres:	<input checked="" type="checkbox"/> Para aumentar o disminuir la dosis de insulina a + / - 15 gramos de carbohidratos o *** unidades de insulina

FIRMA DEL PROVEEDOR: _____ FECHA: _____

CDE: _____ FECHA: _____

CDE: _____ FECHA: _____

AÑO ESCOLAR: ____ - ____

Las firmas y alteraciones de Educador Certificado en Diabetes (CDE) realizadas anteriormente están de acuerdo con el protocolo 7.97 iniciado por el Children's Healthcare of Atlanta, el Manejo de insulina CDE y bajo la supervisión de la atención del proveedor. Cualquier cambio fuera de este protocolo iniciado por el cuidador o más de dos cambios en un año escolar debe ser firmado nuevamente por un proveedor para su aprobación. Anualmente, los proveedores revisan y firman planes al comienzo del año escolar.

Yo, (Padre/Tutor) _____ Entiendo que todos los tratamientos y procedimientos pueden ser realizados por el estudiante y / o personal capacitado en diabetes dentro de la escuela, o por EMS en caso de pérdida de conciencia o convulsiones. Yo también comprendo que la escuela no es responsable por daños, pérdida de equipo o gastos utilizados en estos tratamientos y procedimientos. Doy permiso para que el personal de la escuela se comuniquen con el proveedor de diabetes de mi hijo (a) para obtener orientación y recomendaciones. He revisado este formulario de información y estoy de acuerdo con la información indicada. Este documento sirve como el Plan de Manejo Médico de la Diabetes como especificado por la ley del estado de Georgia

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____ HORA: _____

FIRMA DE LA ENFERMERA ESCOLAR: _____ FECHA: _____ HORA: _____

Escuelas de Condado de Newton
Autorización Para Administrar Medicamentos Recetados en la Escuela
(Período de Tiempo Prolongado)

Si puede administrar los medicamentos en el hogar o después del horario escolar, por favor hágalo. Sin embargo, si se debe administrar el medicamento durante el horario escolar, se debe completar este formulario. Llene una página por cada medicamento.

Nombre del estudiante: _____

Maestro: _____ Grado: _____

Solicito que la escuela _____, a través del director, la enfermera o la persona designada, supervise/ayude a administrar la medicación a mi estudiante de acuerdo con las instrucciones que se detallan a continuación.

Entiendo que:

- Los medicamentos deben estar en el envase original etiquetado (sin bolsas, papel de aluminio, etc.). Los farmacéuticos pueden proporcionar un contenedor etiquetado por duplicado solo con las dosis escolares.
- El padre/tutor debe proporcionar instrucciones específicas, así como el medicamento y equipo relacionado al director o al personal de la clínica.
- Será responsabilidad del padre/tutor informar a la escuela de cualquier cambio. No se administrarán nuevos medicamentos ni nuevas dosis a menos que se llene un nuevo formulario y se proporcione un contenedor recién etiquetado.
- Todos los medicamentos serán entregados directamente a la oficina/clínica por los padres.
- Los medicamentos no utilizados se desecharán a menos que se recojan dentro de una semana después de que la medicación sea descontinuada.

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____ Vía de Administración (oral, tópica, etc.): _____

Horario(s) para Administrarse: _____ Suspender el Medicamento en esta Fecha: _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono del Médico: _____

Por la presente autorizo al personal, empleados y funcionarios del Distrito Escolar del Condado de Newton para ayudar a mi estudiante a tomar los medicamentos recetados de acuerdo con la política del distrito y los libero de cualquier responsabilidad por la administración de este medicamento. Entiendo que, en caso de cambio de medicamento, yo soy responsable de presentar un nuevo formulario de solicitud.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Condición de Salud por la que se Requiere el Medicamento: _____

Posibles Efectos secundarios, si los hay: _____

Firma del Medico

Fecha