



Este plan debe ser completado por el equipo personal de atención médica de diabetes, incluyendo padres/tutores. Debe ser revisado con el personal relevante de la escuela, y deben conservarse copias en un lugar de fácil acceso para la enfermera de la escuela, personal capacitado en diabetes, y otro personal autorizado.

Fecha del Plan: _____ Este plan es válido por el año escolar vigente: _____
Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Fecha del Diagnóstico de Diabetes: _____ Tipo 1 Tipo 2 Otro _____
Escuela: _____ No. Teléf. de la Escuela: _____
Grado: _____ Maestro Titular: _____
Enfermera de la Escuela: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Madre/Tutor: _____
Dirección: _____
Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Correo Electrónico: _____

Padre/Tutor: _____
Dirección: _____
Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Correo Electrónico: _____

Doctor del Estudiante/Proveedor Médico: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____ No. de Emergencia: _____

Otros Contactos de Emergencia:

Nombre: _____ Parentesco: _____
Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____



CHECAR EL NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE

Meta del rango de glucosa en la sangre: 70-130 mg/dL 70-180 mg/dL

Otro: _____

Checar el nivel de azúcar en la sangre: Antes del lunch (almuerzo) _____ Horas después del lunch (almuerzo).

2 horas después de una corrección de la dosis:

Media mañana Antes de Educación Física Después de Educación Física

Antes de la hora de salida Otro: _____

Según sea necesario por señales/síntomas de bajo o alto nivel de azúcar en la sangre.

Según sea necesario por señales/síntomas de enfermedad.

Lugar preferido para hacerse la prueba: Yema del dedo Antebrazo Muslo Otro: _____

Marca/Modelo del Glucómetro: _____

Nota: La yema del dedo debe usarse para checar el nivel de azúcar en la sangre en caso de que exista la sospecha de Hipoglucemia.

Habilidad del Estudiante para Checarse el Nivel de Azúcar en la Sangre:

Se checa el nivel de glucosa en la sangre por sí sólo.

Podría checarse el nivel de glucosa en la sangre bajo supervisión.

Requiere que la enfermera de la escuela u otro personal capacitado en diabetes verifique su nivel de glucosa en la sangre.

Bomba de Insulina Continuous Glucose Monitor (CGM): Sí No

Marca/Modelo: _____ Alarma puesta para: (baja) (alta)

Nota: Confirme los resultados de la Bomba de Insulina (CGM) con los del Glucómetro antes de tomar medidas por el nivel de glucosa en la sangre del sensor. Si el estudiante tiene síntomas o señales de hipoglucemia, verifique el nivel de azúcar en la sangre en la yema del dedo sin importar el CGM.

TRATAMIENTO DE LA HIPOGLUCEMIA

Síntomas habituales del estudiante con Hipoglucemia (enlistar abajo):

Si presentara síntomas de Hipoglucemia, O si el nivel de glucosa en la sangre fuera menor a _____ mg/dL, darle un producto de glucosa de acción rápida equivalente a _____ gramos de carbohidratos.

Volver a verificar la glucosa en la sangre 10 - 15 minutos después y repetir el tratamiento si el nivel de glucosa en la sangre fuera menor a _____mg/dL.

Tratamiento Adicional: _____

TRATAMIENTO DE HIPOGLUCEMIA (Continuación)

Siga las órdenes para la actividad física y deportiva (ver página 7).

- Si el estudiante no puede comer o beber, está inconsciente o no responde, o está teniendo actividad epiléptica o convulsiones (movimientos convulsivos), darle:
- Glucagon: 1 mg ½ mg Vía: Subcutánea Intramuscular
- Lugar para la inyección de Glucagon: Brazo Muslo Otro: _____
- Llame al 911 (Servicios Médicos de Emergencia) y a los padres/tutores del estudiante.
- Comuníquese con el proveedor médico del estudiante.

TRATAMIENTO DE HIPERGLUCEMIA

Síntomas habituales del estudiante con Hiperglucemia (enlistar abajo):

Verificar Orina Sangre por cetonas cada _____ horas cuando los niveles de glucosa en la sangre sean superiores a _____ mg/dL.

Para glucosa en la sangre mayor a _____ mg/dL Y por lo menos _____ horas desde la última dosis de insulina, dar la dosis de corrección de insulina (ver órdenes abajo).

Para los usuarios de la Bomba de Insulina: Vea la información adicional para estudiantes con bomba de insulina.

Darle más agua y bebidas que no contengan azúcar (no jugos de fruta): _____ onzas por hora.

Tratamiento adicional para cetonas: _____

Siga las órdenes para la actividad física y deportiva (ver página 7)

- Notificar a los padres/tutores del inicio de Hiperglucemia.



- Si el estudiante tiene síntomas de una emergencia de Hiperglucemia, incluyendo boca seca, sed excesiva, náusea y vómito, fuerte dolor abdominal, respiración fuerte o dificultad para respirar, dolor de pecho, aumento de somnolencia o letargo, o disminución del nivel de conciencia: Llame al 911 (Servicios Médicos de Emergencia) y a los padres/tutores del estudiante.
- Comuníquese con el proveedor médico del estudiante.

TERAPIA DE INSULINA (Continuación)

Aparato para aplicarse la insulina: Jeringa Pluma de Insulina Bomba de Insulina

Tipo de terapia de insulina en la escuela:

- Terapia de Insulina Ajustable
- Terapia de Insulina Fija
- No insulina

Terapia de Insulina Ajustable

- Cobertura de Carbohidratos/Corrección de Dosis:

Nombre de la Insulina: _____

- Cobertura de Carbohidratos:

Proporción Insulina-a-Carbohidrato

Lunch (Almuerzo): 1 unidad de insulina por _____ gramos de carbohidratos.

Snack (Bocadillo): 1 unidad de insulina por _____ gramos de carbohidratos.

Ejemplo del Cálculo de Dosis de Carbohidratos

$$\frac{\text{Gramos de carbohidratos en la comida}}{\text{Porción insulina-a-carbohidrato}} = \text{_____ unidades de insulina}$$

- Dosis de Corrección:

Factor de Corrección de Glucosa en Sangre/Factor Sensitivo de Insulina = _____

Meta de glucosa en sangre = _____ mg/dL

Ejemplo del Cálculo de la Dosis de Corrección



Glucosa actual en la sangre - Meta de glucosa en sangre _____ = _____ unidades de insulina
Factor de Corrección de Glucosa en Sangre/Factor Sensitivo de Insulina

Escala de corrección de dosis (usarlo en vez del cálculo anterior para determinar la corrección de la dosis de insulina):

Glucosa en la sangre _____ a _____ mg/dL dar _____ unidades
 Glucosa en la sangre _____ a _____ mg/dL dar _____ unidades
 Glucosa en la sangre _____ a _____ mg/dL dar _____ unidades
 Glucosa en la sangre _____ a _____ mg/dL dar _____ unidades

TERAPIA DE INSULINA (Continuación)

Cuando dar la Insulina:

Lunch (Almuerzo)

- Cobertura de Carbohidrato únicamente
- Cobertura de Carbohidrato más corrección de dosis cuando la glucosa en la sangre es mayor a _____ mg/dL y _____ horas desde la última dosis de insulina.
- Otro: _____

Snack (Bocadillo)

- No cobertura por snack (bocadillo)
- Cobertura de carbohidrato únicamente
- Cobertura de carbohidrato más corrección de dosis cuando la glucosa en la sangre es mayor a _____ mg/dL y _____ horas desde la última dosis de insulina.
- Otro: _____

- Corrección de dosis únicamente:
Para glucosa en la sangre mayor a _____ mg/dL Y por lo menos _____ horas desde la última dosis de insulina.
- Otro: _____

Terapia de Insulina Fija

Nombre de la insulina: _____

- _____ Unidades de insulina usadas antes del lunch (almuerzo) diario



____ Unidades de insulina usadas antes del snack (bocadillo) diario

Otro: _____

Autorización de los padres para ajustar la dosis de insulina:

- Sí No La autorización de los Padres/Tutores debe adquirirse antes de administrar una corrección de dosis.
- Sí No Padres/Tutores están autorizados a incrementar o disminuir la escala de la corrección de dosis dentro del siguiente rango: +/- ____ unidades de insulina.
- Sí No Padres/Tutores están autorizados a incrementar o disminuir la proporción de insulina-a-carbohidrato dentro del siguiente rango: ____ unidades por gramo prescrito de carbohidrato, +/- ____ gramos de carbohidrato.
- Si No Padres/Tutores están autorizados a incrementar o disminuir la dosis de insulina fija dentro del siguiente rango: +/- ____ unidades de insulina.

TERAPIA DE INSULINA (Continuación)

Habilidad del estudiante para administrarse la insulina por sí mismo:

- Sí No Calcula y se aplica las inyecciones por sí solo.
- Sí No Podría calcular/aplicarse las inyecciones bajo supervisión.
- Sí No Requiere que la enfermera de la escuela o personal capacitado en diabetes le calcule/ le aplique las inyecciones.

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA ESTUDIANTES CON BOMBA DE INSULINA

Marca/Modelo de la bomba: _____ Tipo de bomba de insulina: _____

Rangos basales durante la escuela: _____

Tipo del juego de infusión: _____

- Para glucosa en sangre mayor a ____ mg dL que no ha reducido con ____ horas después de la corrección, considerada falla de la bomba o falla del lugar de infusión. Notifique a los padres/tutores.
- Por falla del juego de infusión: Inserte nuevo juego de infusión o reemplace el depósito.
- Por posible falla de la bomba: suspender o remover la bomba y aplicar la insulina con jeringa o pluma.

Actividad Física

Podría desconectarse de la bomba para actividades deportivas Sí No



CHIRICAHUA

COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

HEALTH FOR ALL

Plan para el Manejo Médico de la Diabetes

Establecer un índice basal temporal Sí No _____% basal temporal por _____ horas
Suspender el uso de la bomba Sí No

Habilidad del estudiante para cuidar la bomba:

Independiente:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Cuenta carbohidratos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cantidad correcta de bolo por carbohidratos consumidos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Calcula y administra la corrección del bolo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Calcula y establece perfiles basales | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Calcula y establece el índice basal temporal | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cambia baterías | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Desconecta la bomba | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Reconecta la bomba con el juego de infusión | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Prepara el depósito y tubos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Inserta el juego de infusión | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Identifica y soluciona problemas de alarmas y mal funcionamiento | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

OTROS MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES

Nombre: _____ Dosis: _____ Vía: _____ No. de veces: _____
Nombre: _____ Dosis: _____ Vía: _____ No. de veces: _____

PLAN DE ALIMENTACIÓN

Comida/Snack (Bocadillo)	Hora	Contenido de Carbohidrato (gramos)
Desayuno	_____	_____ a _____
Bocadillo de media mañana	_____	_____ a _____
Lunch (Almuerzo)	_____	_____ a _____
Bocadillo de media tarde	_____	_____ a _____

Otros horarios para dar snacks (bocadillos) y contenido/cantidad: _____

Instrucciones para cuando se ofrecen alimentos en la clase (p. ej., como parte de una fiesta de clase o evento de muestra de comida): _____

Evento Especial/comida de fiesta permitida: Discreción de Padres/Tutores
 Discreción del Estudiante

Habilidad del estudiante para cuidar su nutrición:



CHIRICAHUA

COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

HEALTH FOR ALL

Plan para el Manejo Médico de la Diabetes

- Sí No Cuenta carbohidratos por sí solo.
- Sí No Podría contar carbohidratos con supervisión.
- Sí No Requiere que la enfermera de la escuela/personal capacitado en diabetes le cuente los carbohidratos.

ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTES

Alguna fuente de glucosa de acción rápida como tabletas de glucosa o jugo que contenga azúcar, debe estar disponible en el lugar de las actividades de educación física y deportiva.

El estudiante debe comer 15 gramos, 30 gramos de carbohidratos, Otro _____

Antes, cada 30 minutos durante, después de actividad física vigorosa

Otro: _____

Si la glucosa en la sangre más reciente es menor a _____ mg/dL, el estudiante puede participar en actividad física cuando la glucosa en la sangre sea corregida y superior a _____ mg/dL.

Evitar actividad física cuando la glucosa en la sangre sea mayor a _____ mg/dL o si la orina/cetonas en sangre son de moderadas a altas.

(Información adicional para el estudiante con bomba de insulina se encuentra disponible en la sección de insulina en la página 6).

PLAN DE EMERGENCIA

Para prepararse para una situación no prevista o de emergencia (72 HORAS), obtener equipo de emergencia del padre/tutor.

- Continúe siguiendo las instrucciones contenidas en este Plan para el Manejo Médico de la Diabetes.
- Órdenes adicionales de insulina, como se indica: _____
- Otro: _____

FIRMAS

Este Plan para el Manejo Médico de la Diabetes ha sido aprobado por:

Médico del Paciente/ Proveedor Médico

Fecha

Yo, (padre/tutor) _____ doy mi autorización a la enfermera de la escuela u otro profesional médico calificado o personal capacitado en diabetes de la escuela _____



Plan para el Manejo Médico de la Diabetes

_____, a desarrollar y llevar a cabo las tareas del cuidado de la diabetes como se determinó en el Plan para el Manejo Médico de la Diabetes del estudiante _____. Además autorizo a la liberación de la información contenida en el Plan para el Manejo Médico de la Diabetes a todos los miembros del personal de la escuela y otros adultos que tengan la responsabilidad de mi hijo y que pudieran necesitar conocer esta información para mantener su salud y seguridad.

También autorizo a la enfermera de la escuela u a otro profesional médico calificado a comunicarse con el Médico/Proveedor Médico de mi hijo.

Enterado y recibido por:

Padre/Tutor del Estudiante

Fecha

Padre/Tutor del Estudiante

Fecha

Enfermera de la Escuela/Otro personal de atención médica calificado

Fecha