Steger School District 194
Administration Center • 3753 Park Avenue • Steger, Illinois 60475
(708) 753-4300 *Phone* • (708) 755-9512 *Fax* • www.sd194.org

Diabetes Packet

To ensure all students, staff, and stakeholders learn and grow together as a community

Steger School District 194
Administration Center • 3753 Park Avenue • Steger, Illinois 60475
(708) 753-4300 *Phone* • (708) 755-9512 *Fax* • www.sd194.org

El Cuidado para los Estudiantes con Diabetes:

El Distrito Escolar 194 de Steger abordará las necesidades de los estudiantes con diabetes que asisten a sus escuelas. El Distrito no negará a un estudiante el acceso a la escuela o a actividades relacionadas con la escuela con la base de que un estudiante tenga diabetes y no restringirá el desempeño de un estudiante con diabetes a una escuela particular con motivo de que la escuela no tenga una enfermera de tiempo completo. El Distrito cumplirá con los requisitos de la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Atención a Estudiantes con Diabetes

Si su hijo(a) tiene diabetes y necesita ayuda para controlar esta condición mientras está en la escuela y en las funciones escolares, se debe presentar un Plan de Atención de Diabetes al director de la escuela.

Los padres/tutores son responsables y deben:

1. Informar a la escuela de manera oportuna sobre cualquier cambio que deba hacerse al Plan de Cuidado de la Diabetes en el archivo de la escuela de su hijo(a).
2. Informe a la escuela de manera oportuna de cualquier cambio en sus números de contacto de emergencia o números de contacto de proveedores de atención médica.
3. Firme el Plan de atención de la Diabetes.
4. Otorga consentimiento y autorice a los representantes designados del Distrito Escolar a comunicarse directamente con el proveedor de atención médico cuyas instrucciones están incluidas en el Plan de Atención de Diabetes.

Para obtener más información, póngase en contacto con el director de la escuela.

Plan de Atención Médica de la Diabetes (DMMP)

El equipo de atención médica personal y la madre, el padre, o tutor/a del estudiante deben completar el plan. El personal de la escuela correspondiente debe revisarlo, y debe guardarse copias en un lugar de fácil acceso para la enfermera escolar, personal capacitado en diabetes y otro personal autorizado.

Fecha del plan: _____ Este plan está en vigencia durante el año escolar: _____-_____

Nombre y apellido del estudiante: _____ Fecha de nacimiento:____/____/____

Fecha del diagnóstico de la diabetes: ____/____/____ ▢ diabetes tipo 1 ▢ diabetes tipo 2 ▢ otro

Grado: _____ Docente del curso:_____

Enfermera escolar: _____ Teléfono: (____) _____-_____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Madre o tutora: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: Casa (____) _____-_____ Celular (____) _____-_____ Trabajo (____) _____-_____

Correo electrónico: _____

Padre o tutor: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: Casa _____ Celular_____ Trabajo _____

Correo electrónico: _____

Médico o proveedor de atención médica del estudiante: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____ N° de teléfono de emergencia: _____

Otro contacto: _____ Parentesco: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: Casa _____ Celular_____ Trabajo _____

Correo electrónico: _____

CONTROL DE LA GLUCOSA EN LA SANGRE

El intervalo objetivo de la glucosa en la sangre es de ▢ 70 - 130 mg/dL ▢ 70 a 180 mg/dL
▢ Otro_____

Momentos en los que se deben verificar el nivel de glucosa en la sangre:

▢ En medio de la mañana ▢ Antes del almuerzo ▢ ____ Horas después del almuerzo
▢ 2 horas después de una dosis de corrección ▢ Antes de hacer ejercicio ▢ Después de hacer ejercicio
▢ Antes de la despedida ▢ Cuando presenta síntomas de hiperglucemia/hipoglucemia
▢ Cuando presenta síntomas de otra enfermedad ▢ Otra _____

Lugar preferido para medir: ▢ Punta del dedo ▢ Antebrazo ▢ Muslo ▢ Otro:
Tipo de medidor de la glucosa en la sangre:

_____

Atención: la punta del dedo siempre se debe utilizar si se sospecha de hipoglucemia.

La capacidad que tiene el estudiante para realizar la verificación de la glucosa en la sangre:

▢ Puede hacerla independientemente
▢ Puede hacerla pero necesita supervisión
▢ Requiere que la enfermera escolar u el personal escolar capacitado la verifique

Monitor continuo de glucosa (CGM): ▢ Sí ▢ No

Tipo de medidor de glucosa en la sangre: _____

Nota: confirmar los resultados del CGM con chequeando el medidor de la glucosa en la sangre antes de tomar medidas para responder a los niveles del CGM. Si el estudiante tiene síntomas o signos de hipoglucemia comprueba el nivel de glucosa en la sangre de la punta del dedo independientemente del CGM.

TRATAMENTO DE LA HIPOGLUCEMIA

Síntomas habituales de la hipoglucemia (bajo nivel de azúcar en la sangre):

_____

_____

Si muestra síntomas de hipoglucemia, o si el nivel de la glucosa en la sangre es menos de _____ mg/dL, dé un producto de glucosa de acción rápida igual a _____ gramos de carbohidrato.
Vuelva a controlar la glucosa en la sangre en 10-15 minutos y repetir el tratamiento si el nivel de la glucosa en la sangre es menos de mg/dL.

Tratamiento adicional: _____.

TRATAMIENTO DE LA HIPOGLICEMIA (Continuación)

Si el estudiante no puede comer ni beber, está inconsciente o no responde, o está teniendo epilepsia o convulsiones (movimientos):

1. Den el glucagón : ▢ 1 mg ▢ 1/2 mg Ruta: ▢ SC ▢ IM Sitio para inyección: ▢ brazo ▢ muslo ▢ otro_____
2. Llame al 911 (Servicios Médicos de Emergencia) y a los padres/tutores del estudiante.
3. Póngase en contacto con el proveedor de atención médica del estudiante.

TRATAMENTO DE LA HIPERGLUCEMIA

Síntomas habituales de la hipoglucemia (alto nivel de azúcar en la sangre):

_____

_____

Administre un examen de ▢ Orina ▢ Sangre para verificar el nivel de cetonas cada _____horas cuando los niveles de la glucosa en la sangre están por encima de _____mg/dL.

Para la glucosa en la sangre mayor de mg/dL y al menos _____ horas desde la última dosis de insulina, dé una dosis de corrección de insulina (ver pedidos inferiores).

Para los usuarios de la bomba de insulina: vea la información adicional para el estudiante con bomba de insulina.

Dé más agua u otra bebida sin azúcar (no jugos de frutas): ____ onzas cada hora.

Tratamiento adicional de cetonas: _____

- Siga las ordenes de actividad física y del deporte (ver página 7)
- Notifique a los padres/tutores cuando empiece la hiperglucemia.
- Si el estudiante tiene síntomas de una emergencia de la hiperglucemia, incluyendo:
    - sequedad de boca
    - sed intensa
    - náuseas y vómitos
    - dolor abdominal severo
    - respiración dificultosa o falta de aire
    - dolor en el pecho
    - aumento de la somnolencia o letargo
    - disminución del nivel de conciencia

  Llame al 911 (Servicios de emergencias médicas) y a los padres/tutores del estudiante
- Póngase en contacto con el proveedor de atención médica del estudiante.

TERAPIA DE INSULINA

Manera de administrar insulina: ▢ jeringa de insulina ▢ pluma de insulina ▢ bomba de insulina

Tipo de la terapia de insulina en la escuela:

▢ Terapia de insulina ajustable
▢ Terapia de insulina fija
▢ No insulina

Terapia de insulina ajustable

- Nombre de la insulina:_____
- La cobertura de carbohidratos: ratio insulina a carbohidratos:

  Almuerzo: 1 unidad de insulina por _____gramo de carbohidratos

  Merienda: 1 unidad de insulina por _____ gramo de carbohidratos

Ejemplo de cómo calcular la dosis de cobertura de carbohidratos

Gramos totales de carbohidratos en la comida
_____ = unidades de insulina
Ratio insulina por gramos de carbohidratos

- Dosis de corrección:

Factor de sensibilidad a la insulina/corrección del azúcar en la sangre = _____
El objetivo de azúcar en la sangre = _____mg/dL

Ejemplo de cómo calcular la dosis de corrección

Nivel de azúcar en la sangre real — nivel de azúcar en sangre objetivo
_____ = unidades de insulina
Factor de sensibilidad a la insulina/corrección del azúcar en la sangre

Escala de dosis de corrección (se puede usar en lugar del cálculo anterior para determinar la dosis de corrección de insulina):

_____ unidades si la glucosa en la sangre es de _____ a _____ mg/dL

_____ unidades si la glucosa en la sangre es de _____ a _____ mg/dL

_____ unidades si la glucosa en la sangre es de _____ a _____ mg/dL

_____ unidades si la glucosa en la sangre es de _____ a _____ mg/dL

TERAPIA DE INSULINA (Continuación)

Cuando se da la insulina:

Almuerzo

- ▢ Sólo cobertura para los carbohidratos
- ▢ Cobertura para los carbohidratos, más dosis de corrección cuando la glucosa en la sangre es mayor de _____mg/dL y más de _____ horas desde la última dosis de la insulina.
- ▢ Otro: _____

Merienda

- ▢ No hay cobertura para la merienda
- ▢ Sólo cobertura para los carbohidratos
- ▢ Cobertura para los carbohidratos, más dosis de corrección cuando la glucosa en la sangre es mayor de _____mg/dL y más que _____ horas desde la última dosis de la insulina.
- ▢ Otro: _____

Corrección de dosis aparte:

- ▢ Dosis de corrección cuando la glucosa en la sangre es mayor de _____ mg/ dL y más de_____ horas desde la última dosis de la insulina.
- ▢ Otro: _____

Terapia de insulina fija:

Nombre de la insulina: _____

- ▢ Unidades de insulina dado antes del almuerzo cada día
- ▢ Unidades de insulina dado antes de la merienda cada día
- ▢ Otro:

Autorización de los padres/tutores para ajustar la dosis de insulina:

- ▢ Sí ▢ No La autorización de los padres/tutores debe ser obtenido antes que la administración de una dosis de corrección.
- ▢ Sí ▢ No Los padres/tutores están autorizados para aumentar o disminuir la corrección escala de la dosis dentro del siguiente rango: +/- _____ unidades de insulina.
- ▢ Sí ▢ No Los padres/tutores están autorizados para aumentar o disminuir el ratio de insulina a carbohidratos dentro del siguiente rango: _____ unidades de insulina por gramos prescritas de carbohidratos, +/- _____ gramos de carbohidratos.
- ▢ Sí ▢ No Los padres/tutores están autorizados para aumentar o disminuir la dosis fija de insulina dentro del siguiente rango: +/- _____ unidades de insulina .

TERAPIA DE INSULINA (Continuación)

La capacidad que tiene el estudiante para administrar la insulina:

- ▢ Puede determinar la cantidad correcta de insulina e inyectarse independientemente
- ▢ Necesita supervisión en determinar la cantidad correcta de insulina e inyectarse
- ▢ Requiere que la enfermera escolar u el personal escolar capacitado determine la cantidad de insulina y de las inyecciones.

INFORMACION ADICONAL PARA ESTUDIANTES CON BOMBAS DE INSULINA

Tipo de bomba: _____ Tipo de insulina en la bomba: _____

Tasa basal durante el día escolar: _____

Tipo de equipo de infusión: _____

▢ Si el nivel de glucosa en la sangre es mayor de _____ mg/dL y no ha disminuido en _____ horas después de la corrección, se debe considerar un fallo de la bomba o un fracaso del sitio de infusión. Notifique padres/tutores.

▢ Si hay un fracaso del sitio de infusión, se debe insertar el nuevo equipo de infusión y/o sustituir el reservorio.

▢ Si se sospecha un fallo de la bomba, suspenda o retire la bomba y proceda a dar la insulina mediante jeringa o pluma.

Actividad Física

¿Puede desconectarse de la bomba para las actividades deportivas? □ Sí □ No
¿Establecer una tasa basal temporal? □ Sí □ No
____% basal temporal por _____ horas
¿Suspender el uso de la bomba? □ Sí □ No

Capacidades del estudiante con la bomba:	**¿Independiente?**
Recuento de carbohidratos	▢ Sí ▢ No
Cantidad correcta del bolo para los carbohidratos consumidos	▢ Sí ▢ No
Cálculo y administración del bolo correctivo	▢ Sí ▢ No
Cálculo y establecimiento de perfiles basales	▢ Sí ▢ No
Cálculo y establecimiento de la tasa basal temporal	▢ Sí ▢ No
Desconexión de la bomba	▢ Sí ▢ No
Reconexión de la bomba al equipo de infusión	▢ Sí ▢ No
Preparación del reservorio y tubos	▢ Sí ▢ No
Inserción del equipo de infusión	▢ Sí ▢ No
Solución de problemas con alarmas y mal funcionamiento	▢ Sí ▢ No

OTROS MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES

Tipo de medicamento: _____ Dosis:_____ Via:_____ Horario:_____

Tipo de medicamento: _____ Dosis:_____ Via:_____ Horario:_____

PLAN DE COMIDA

Comida/Refrigerio	Horario	Contenido/cantidad de los alimentos (gramos)
Desayuno	_____	Entre_____ y _____
Refrigerio a media mañana	_____	Entre_____ y _____
Almuerzo	_____	Entre_____ y _____
Refrigerio a media tarde	_____	Entre_____ y _____

Otros momentos en los que se debe dar refrigerios, indicando contenido y cantidad:

_____

Instrucciones para cuando se proveen alimentos a los alumnos (por ejemplo, como parte de una fiesta en el aula o un evento en el que se degustan alimentos):

_____

¿Puede el estudiante calcular por sí mismo la cantidad de carbohidratos que consume?

- ▢ Sí, puede hacerlo independientemente
- ▢ Necesita supervisión
- ▢ Requiere que la enfermera escolar o el personal escolar capacitado le ayude

EJERCICIO Y DEPORTES

Una fuente de glucosa de acción rápida debe estar disponible en el sitio de deportes y educación física. Algunos ejemplos son tabletas de glucosa y jugo que contiene azúcar.

El estudiante debe comer ▢ 15 gramos ▢ 30 gramos ▢ otra cantidad de carbohidratos

▢ Antes de ▢ Cada 30 minutos durante ▢ Después de la actividad física vigorosa ▢ Otro:_____

Si el más reciente nivel de la glucosa en la sangre es menos de _____mg/dl, el estudiante puede participar en actividad física siempre y cuando la glucosa en la sangre se corrija y es por encima de _____ mg / dl. Debe evitar la actividad física cuando la glucosa en la sangre sea mayor que mg/dL o si las cetonas en la orina/sangre son moderadas o grandes.

(Información adicional para los estudiantes que usan la bomba de insulina se encuentra en página 6.)

PLAN DE DESASTRES

Para prepararse para un desastre imprevisto o emergencia (72 horas), obtenga un equipo de emergencia de los padres/tutores.

- ▢ Continúe siguiendo las órdenes contenidas en este DMMP.
- ▢ Pedidos adicionales de insulina de la siguiente manera:_____
- ▢ Otro: _____

Firmas

Este Plan de Atención Médica de la Diabetes ha sido aprobado por:

_____ _____

Médico o proveedor de atención médica del estudiante Fecha

Yo (padre/madre/tutor) autorizo a la enfermera escolar, al personal capacitado en diabetes y a otros miembros del personal designados de la escuela _____ a realizar las tareas de atención de la diabetes explicadas en el Plan de Atención Médica de la Diabetes de (estudiante) _____. También expreso mi consentimiento para que se divulgue la información contenida en este Plan de Atención Médica de la Diabetes a todos los miembros del personal y a otros adultos que estén a cargo del cuidado de mi hijo y que necesiten conocer esta información con el fin de preservar la salud y la seguridad de mi hijo. También doy autorización a la enfermera escolar u otro profesional de salud para que pueda contactar el médico/proveedor de atención medico de mi hijo.

Aceptado y recibido por:

_____ _____

Madre/padre/tutor del estudiante Fecha

_____ _____

Madre/padre/tutor del estudiante Fecha

_____ _____

Enfermera escolar/otro profesional de salud Fecha

Steger School District 194
Administration Center • 3753 Park Avenue • Steger, Illinois 60475
(708) 753-4300 *Phone* • (708) 755-9512 *Fax* • www.sd194.org

FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS

NOMBRE DE ESTUDIANTE _____ FECHA DNACIMIENTO_____

DIRECCION _____ NUMERO DE TELEFON_____

ESCUELA _____ GRAD_____

NOMBRE Y NUMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:
_____

I. DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIÁN DEL ESTUDIANTE

Yo, _____, Padre/Guardián de_____
soy responsable de administrar medicamentos a mi hijo. Sin embargo, en una emergencia médica o si es necesario para la críticas de salud y el bienestar de mi hijo, por la presente autorizo El Distrito Escolar de Steger 194, y sus empleados y agentes, en mi nombre y en mi lugar, para administrar a mi hijo o permitir que mi hijo a administrarse bajo la supervisión de los empleados y agentes de Distrito de 194,legalmente le recetó medicamento de la manera referida en esta forma. Reconozco que puede ser necesario para la administración de la medicación de mi hijo y el tratamiento de la condición de mi hijo a realizar por una persona que no sea la enfermera de la escuela y específicamente el consentimiento de estas prácticas. Notificaré a la escuela por escrito si la medicación si se impide y obtendrá una orden escrita del médico si se cambia la dosis de medicación o tratamiento. Entiendo que esta autorización de medicación sólo es efectiva para el año escolar de _____ y tendrá que ser renovado cada año escolar posterior.

Reconozco y acepto que, cuando así se administra la medicación prescrita legalmente, renuncio a cualquier reclamación que pudiera tener en contra de Distrito Escolar de Steger 194, sus empleados y agentes, provenientes de la administración o auto administración de dicho medicamento, independientemente de si la autorización para la autoadministración de la medicación fue dado por mí, como padres del niño, o por el médico de mi hijo, asistente médico, o enfermera de práctica avanzada. Además, estoy de acuerdo en indemnizar y mantener inofensivo Distrito Escolar de Steger 194, sus empleados y agentes, ya sea conjuntamente o separadamente, de y contra cualquier y todo reclamo, daños, causas de acción o de lastimes, incluyendo honorarios de abogados razonables y costos en defensa, incurridos o resultantes de la administración o auto administración de dicho medicamento, excepto una reclamación basan en una conducta intencional o cierto , independientemente de si la autorización o la autoadministración de la medicación fue dado por mí, como padres del niño, o por el medico de mi hijo, asistente médico o enfermera de práctica avanzada.

Imprime Nombre de Padre/Guardián _____ Fecha _____

Firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____

II. DEBE SER COMPLETO POR EL PRESCRIBIDOR/MEDICO CON LICENCIA
(Menos un estudiante que se trata Auto - Administración medicamentos para el asma, Consulte la Sección III)

Diagnóstico: _____ Nombre del Medicamento: _____
Dosificación: _____ Acceso de Administración:_____
Hora/Circunstancias cuando se Debe Administrar Medicación:_____
Efectos Secundarios:_____ Fecha de la Prescripción: _____ Fecha de la Discontinuación: _____

Voltee a la Página y Completa Página 2

Auto-Administración de Epinefrina: ___Si ___ No. Los estudiantes mencionados tienen una alergia vida mortal que médicamente requiere la administración inmediata de epinefrina seguida por atención médica de emergencia. He determinado que es médicamente necesario para este niño llevar un auto inyector de epinefrina. El estudiante ha sido instruido en la autoadministración de los medicamentos mencionados y es capaz de administrar la medicación independientemente. El estudiante entiende la necesidad de la medicación y la necesidad de notificar a un miembro del personal y la oficina de salud inmediatamente después de la autoadministración del auto inyector de epinefrina.

Auto-Administración de Medicación para la Diabetes: ___ Sí ___ No. Los estudiantes mencionados han sido diagnosticados con diabetes. He determinado que es médicamente es necesario para que este niño tenga su medicación para la diabetes y el equipo y suministros necesario para monitorear y tratar su condición diabética en virtud de su Plan de Cuidado de Diabetes. El estudiante ha sido instruido en la autoadministración de los medicamentos mencionados y el uso de sus equipos y suministros de diabetes y es capaz de hacerlo independientemente. El estudiante entiende la necesidad de la medicación y la necesidad de informar al personal de la escuela cualquier efecto secundario anormal.

Puedo ser contacto en el siguiente número de teléfono en caso de una reacción a la medicación o una emergencia.

_____ _____

Número de Teléfono del Médico Firma del Médico Fecha

_____ _____

Dirección del Médico Imprimir Nombre del Médico Fecha

III. PARA ESTUDIANTES CON AUTO-ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS DE ASMA SOLAMENTE DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIAN DEL ESTUDIANTE

Diagnóstico: _____ Nombre del Medicamento: _____

Dosificación: _____ Acceso de Administración: _____

Hora/Circunstancia cuando se Debe Administrar Medicación: _____

Efectos Secundarios: _____

Fecha de la Prescripción: _____ Fecha de la Discontinuación: _____

Auto-Administración de Medicamentos para el Asma: ___Si ___ No. Mi hijo ha sido diagnosticado con asma y se le ha recetado medicamentos para el asma por un Calificado Profesional de Salud. Autorizo que mi hijo lleva sus medicamentos para el asma y a administrarse su medicación como lo prescrito por su médico. Nuestro Médico de mi hijo ha dado instrucciones a mi hijo en el auto-administración de su medicación y ha indicado que mi hijo es capaz de hacerlo independientemente. Mi hijo entiende la necesidad de la medicación y la necesidad de informar al personal de la escuela cualquier efecto secundario anormal. He proporcionado la escuela un suministro adicional de su medicamento con una pompa de la prescripción para su uso en caso de que él o ella se olvidan de traer sus medicamentos para el asma a la escuela en un día en particular.

Imprima Nombre de Padre/Guardián _____ Fecha _____

Firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____