

Distrito Escolar de Lynden - Formulario para la Salud de Diabetes

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___ Escuela _____ Grado _____

Numero Telefonico de los Padres (telefono) _____ (telefono) _____ (celular) _____

Numero Telefonico del Doctor _____ Otro Contacto _____

Inconciente – Llamar al 911 y llamar a los padres (otras ordenes) _____

AZUCAR EN LA SANGRE Y MEDIDA DE INSULINA antes de comer (R es regular y H es lis-pro) _____ alguna otra requisicion de insulina.

Azucar en la Sangre <100 _____ unidades R – H – otro _____

Azucar en la Sangre 100-149 _____ unidades R – H – otro _____

Azucar en la Sangre 150-199 _____ unidades R – H – otro _____

Azucar en la Sangre 200-249 _____ unidades R – H – otro _____

Azucar en la Sangre 250-299 _____ unidades R – H – otro _____

Azucar en la Sangre 300-349 _____ unidades R – H – otro _____

Azucar en la Sangre 350-399 _____ unidades R - H – otro _____

Azucar en la Sangre > 400 _____ unidades R – H – otro _____

- Personal asignado con licencia medica para administrar _____ unidades (minima) de insulina a _____ unidades (maxima) de R, H, _____ insulina despues de consultar con los padres/tutores.
- Otras instrucciones de insulina (conteo de carbohidratos): _____

HYPOGLUCEMIA – (Llene individualmente las instrucciones en la linea ó use los articulos en el parentesis.)

Azucar en la Sangre < 60 y sintomatico _____ (jugo, soda, dulces) _____

Azucar en la Sangre < 100 y sintomatico _____ (saladitas/queso) _____

Azucar en la Sangre < 80 y sin sintomas _____ (dar una comida parcial - ½) _____

Azucar en la Sangre > 100 y sintomatico _____ (dar una comida parcial - ½) _____

Nivel de azucar en las cuales los padres deben ser notificados – bajo _____ alto _____

MEDIDA DE INSULINA DESASTROSA – en caso de un percance, cuanta insulina debe ser administrada? Se recomienda 80% de la medida usual.

Mañana	_____ unidades	R – H – otro	_____ units	Lente	NPH*	Ultralente	Otro
Medio Dia	_____ unidades	R – H – otro	_____ units	Lente	NPH*	Ultralente	Otro
Tarde	_____ unidades	R – H – otro	_____ units	Lente	NPH*	Ultralente	Otro
Noche	_____ unidades	R – H – otro	_____ units	Lente	NPH*	Ultralente	Otro

*Preción Noral Hydrocefalica

AUTO-CUIDADO DEL ESTUDIANTE (nivel de habilidad) Iniciales De: Padre _____ Doctor _____ Enfermera de Escuela _____

1. Manejo totalmente independiente incluyendo nivel de azucar moderado, alimentos y bocadillos _____
2. Estudiante se hace la prueba independientemente – necesita verificación o prueba hecha por la enfermera _____
3. Estudiante se administra la insulina independientemente o con/verificación de o con la supervision de la enfermera o administrada p/la enfermera _____

Doctor _____ Fecha _____

Padre _____ Fecha _____

Enfermera de escuela _____ Fecha _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de Termino: _____ (o fin del año escolar)

Deberá ser renovada al inicio de cada año escolar.