



# Distrito Escolar Conjunto de Jefferson #251

## Plan de Manejo Médico de DIABETES (DMMP)

con Plan de Atención de Emergencia para Diabéticos (DECP)

(For District Use)  
Effective Date: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ El año: \_\_\_\_\_

Edad al diagnóstico: \_\_\_\_\_  Tipo 1  Tipo 2

### Los medicamentos y suministros para la diabetes se mantendrán:

Estudiante lleva  Mochila  Aula  Oficina  Otras: \_\_\_\_\_

### ANÁLISIS DE GLUCOSA EN SANGRE:

Rango objetivo de glucosa en sangre:  100-200  80-150  Otra: \_\_\_\_\_

Hora de probar:  Antes de las comidas  Antes del ejercicio  Después del ejercicio

Antes de ir a casa  Si es sintomático  Otras: \_\_\_\_\_

### Comuníquese con el padre/tutor si:

El nivel de glucosa en sangre es inferior a \_\_\_\_\_ mg/dL o superior a \_\_\_\_\_ mg/dL

Las cetonas en orina/sangre son de moderadas a grandes

### MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA (CGM):

Este estudiante usa un **Monitor Continuo de Glucosa (MCG)**

Fabricante/modelo de CGM: \_\_\_\_\_

El CGM está aprobado por la FDA para la dosificación de insulina en función de los valores de glucosa, y el padre/tutor aprueba que el personal de la escuela o la enfermera de la escuela tomen la dosis del CGM.

Vuelva a comprobar el nivel de glucosa en sangre mediante un pinchazo en el dedo si el valor de CGM es inferior a \_\_\_\_\_ mg/dL o superior a \_\_\_\_\_ mg/dL. O si: \_\_\_\_\_

Las lecturas de CGM son solo para tendencias. SIEMPRE verifique con glucosa en sangre antes de cualquier dosificación.

Este estudiante usa un teléfono inteligente u otra tecnología de monitoreo para rastrear los valores de glucosa en sangre.

Por favor especifica \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE INSULINA:

**Nombre de la insulina:** **Método de administración:** **Objetivo:** Nivel de glucosa **Posibles efectos secundarios:**

Humalog  Frasco/jeringa de insulina en sangre más bajo Hipoglucemia

Apidra  Pluma de insulina **Vía:** Subcutánea

Novolog  Bomba de insulina (Nombre del producto) \_\_\_\_\_

Otras: \_\_\_\_\_

**Proporción I:C** (proporción de insulina a carbohidratos):

Desayuno: 1 unidad por cada \_\_\_\_\_ gramos de carbohidrato

Almuerzo: 1 unidad por cada \_\_\_\_\_ gramos de carbohidrato.

Merienda: 1 unidad por cada \_\_\_\_\_ gramos de carbohidrato.

**Dosis de corrección:** Administre \_\_\_\_\_ unidad(es) de insulina por cada \_\_\_\_\_ mg/dl por encima del nivel de glucosa en sangre \_\_\_\_\_ mg/dL.

**(La dosis de corrección solo se puede administrar a la hora de las comidas, a menos que se use una bomba. Consulte los pedidos de bombas a continuación).**

### Nivel de independencia:

Independientemente calcula y administra sus propias inyecciones.

Puede calcular/administrarse sus propias inyecciones con supervisión.

Requiere que la enfermera de la escuela o personal de oficina capacitado calcule la dosis y el estudiante pueda administrar inyecciones con supervisión.

Requiere enfermera escolar o personal capacitado para calcular la dosis y administrar las inyecciones.

### Pedidos de bombas de insulina (si corresponde):

• Si usa una bomba de insulina, la bomba calcula la proporción de carbohidratos y la dosis de corrección.

• Las dosis de corrección en momentos distintos de las comidas se realizarán SOLO según el cálculo de la BOMBA.

Para glucosa en sangre superior a \_\_\_\_\_ mg/dL que no ha disminuido dentro de las \_\_\_\_\_ hora(s) después de la corrección, considere falla de la bomba o del sitio de infusión. Notificar a los padres/tutores.

Otras instrucciones: \_\_\_\_\_

## Tratamiento de HIPOglucemia (nivel bajo de glucosa en sangre):

Si presenta síntomas de hipoglucemia, O si el nivel de glucosa en sangre es inferior a \_\_\_\_\_ mg/dL:

- Administre un producto de glucosa de acción rápida equivalente a \_\_\_\_\_ gramos de carbohidratos
- Vuelva a controlar la glucosa en sangre en 15 minutos y repita el tratamiento si el nivel de glucosa en sangre es inferior a \_\_\_\_\_ mg/dL.
- El estudiante NO debe ir a casa en el autobús si el nivel de glucosa en la sangre es inferior a \_\_\_\_\_ mg/dL.

Tratamiento adicional: \_\_\_\_\_

## Tratamiento de HIPOglucemia severa (nivel bajo de glucosa en sangre): ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA

### Administrar inmediatamente para los síntomas:

Incapaz de comer o beber, inconsciente, que no responde, incapaz de controlar las vías respiratorias, convulsiones o convulsiones (movimientos espasmódicos), otros \_\_\_\_\_

- Gire al estudiante de lado para evitar que se atragante.
- Administrar medicamentos de emergencia
- Llamar al 911 (Servicios Médicos de Emergencia)
- Comunicarse con los padres/tutores del estudiante

### Instrucciones de dosificación de medicamentos de

**emergencia:** Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis:  inyección de 0.5 mg     inyección de 1.0 mg  
 3 mg intranasal     Autoinyector precargado de  
 Otras: \_\_\_\_\_ 0.6 mg/0.6 ml

Sitio de administración:

Muslo     Glúteos     Parte superior del brazo     Cavidad nasal  
 Otras: \_\_\_\_\_

**Propósito de la medicación:** nivel elevado de glucosa en sangre

**Posibles efectos secundarios:** náuseas y vómitos

## Tratamiento de HIPERglucemia (Nivel Alto de Glucosa en Sangre):

Si presenta síntomas de hiperglucemia, O si el nivel de glucosa en la sangre está por encima de \_\_\_\_\_ mg/dL:

- Proporcione agua adicional o líquidos que no contengan azúcar (no jugos de frutas): \_\_\_\_\_ onzas por hora.
- Permitir el acceso sin restricciones a los baños.
- Siga las pautas de actividad física.
- Si tiene una bomba, siga las pautas de la bomba de insulina.
- Tratamiento adicional: \_\_\_\_\_

### CETONAS:

Verifique:  Orina  Sangre para detectar cetonas cada \_\_\_\_\_ hora(s) cuando el nivel de glucosa en la sangre esté por encima de \_\_\_\_\_ mg/dL.

Si las cetonas presentes son de moderadas a grandes, **llame a los padres o tutores para que las recojan de inmediato.**

### ADAPTACIONES Y PRECAUCIONES

Pruebas académicas:  El estudiante puede reprogramar cualquier prueba académica con el maestro, según sea necesario, si la glucosa en sangre está por debajo \_\_\_\_\_mg/dl o más de \_\_\_\_\_mg/dl.

Almuerzo, la estudiante típicamente comerá:  Almuerzo escolar  
 Almuerzo en casa (los padres deben proporcionar el conteo de carbohidratos)

**ADAPTACIONES Y PRECAUCIONES**-continuación**EDUCACIÓN FÍSICA:**

- Si la GS está por debajo de \_\_\_\_\_, trate primero la hipoglucemia con carbohidratos de acción rápida, espere 15 minutos y vuelva a controlar.
- Si la glucosa en sangre es de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, dé \_\_\_\_\_ gramos de carbohidratos de acción rápida (no le dé insulina para estos carbohidratos).
- Si la glucosa en sangre es \_\_\_\_\_ a 299, está bien para hacer ejercicio.
- Si la glucosa en sangre es de 300 o más, busque cetonas. Si las cetonas son moderadas o grandes, NO haga ejercicio, llame al padre/tutor para recoger inmediatamente y proporcionar líquidos que no contengan azúcar si el estudiante puede tragar.
- El estudiante puede ser desconectado de la bomba por un máximo de \_\_\_\_\_ minutos para educación física.
- Otra: \_\_\_\_\_

Meriendas/Fiestas Escolares:  No hay cobertura para bocadillos en fiestas

Use la proporción de insulina a carbohidratos (I:C)  Los padres proporcionarán una merienda alternativa

Estudiante para llevar merienda a casa  Otra (especificar): \_\_\_\_\_

Excursiones: Todos los medicamentos para la diabetes (incluido el glucagón), insulina, suministros para pruebas, refrigerios, agua y al menos una El personal capacitado en diabetes debe acompañar al estudiante en todas las excursiones.

Otra: \_\_\_\_\_

**Información adicional:**

El estudiante siempre debe tener acceso a azúcar de acción rápida, agua y privilegios de baño sin restricciones.

- Al estudiante se le permite probar su nivel de glucosa en la sangre cuando/donde sea necesario.
- Los maestros suplentes deben estar al tanto de la situación de salud del estudiante, pero aún así respetar la privacidad.
- Otras consideraciones o precauciones: \_\_\_\_\_

**Comentarios:**

\*Se requiere anualmente un nuevo DMMP con la información de prescripción de medicamentos incluida y las firmas del proveedor independiente autorizado y del padre/tutor.

\* De acuerdo con estas órdenes, la enfermera escolar, el estudiante y el padre/tutor deben desarrollar un plan de atención de emergencia (ECP, por sus siglas en inglés) para ser compartido con el personal escolar apropiado y no se puede compartir con ninguna persona fuera de los empleados de educación pública sin el consentimiento de los padres.

**PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR:**

Como padre / tutor del estudiante nombrado:

- \* Entiendo que la información contenida en este plan se compartirá con el personal de la escuela según sea necesario.
- \* Doy permiso a la enfermera del distrito y otro personal designado para seguir este Plan de atención de emergencia y administrar medicamentos/insulina según las indicaciones.
- \* Entiendo que un equipo escolar, incluido el padre/tutor, puede tomar decisiones sobre la implementación y la asistencia en la escuela en función de consideración de la recomendación anterior, los recursos disponibles y el nivel de autogestión del estudiante.
- \* Acepto indemnizar, defender y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar de todos y cada uno de los reclamos, acciones, costos, gastos, daños y responsabilidades, incluidos honorarios de abogados, que surjan de, estén conectados o resulten de la administración de medicamentos.
- \* Acepto que el Distrito Escolar, la Junta de Educación, los Empleados de la Junta de Educación y sus Agentes no incurrirán en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión que surja fuera de o conectado con la administración de medicamentos.
- \* Acepto que no instituiré, ya sea en nuestro propio nombre o en nombre del alumno, ningún reclamo o acción contra la Junta de Educación, la Junta de Educación empleados y sus agentes que surjan o estén relacionados con la administración de medicamentos.
- \* Entiendo que este acuerdo debe estar firmado y en pleno efecto antes de la administración del medicamento.
- \* Entiendo que soy responsable de mantener los suministros necesarios para las pruebas, medicamentos/insulina, refrigerios y equipo.
- \* Mi hijo y yo entendemos que hay consecuencias graves por compartir cualquier medicamento con otros.
- \* Entiendo que las autoridades escolares notificarán a los padres/tutores al final del año escolar para que recojan el medicamento. Medicamentos que no son embargados por el padre/tutor dentro de un período de siete días de la notificación por parte de las autoridades escolares será destruido por la enfermera escolar en presencia de un testigo.
- \* Entiendo que soy responsable de notificar a la enfermera del distrito de cualquier cambio en el estado de salud, atención u orden de medicación de mi hijo.
- \* Entiendo que si se administra algún medicamento de emergencia en la escuela, se notificará a EMS para la evaluación del estudiante, el control y posibles medidas adicionales. tratamiento, y él/ella no puede permanecer en la escuela.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre de Familia / Guardian (por favor imprimir)( )  
\_\_\_\_\_  
Mejor número de teléfono de contacto\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor\_\_\_\_\_  
Fecha**PADRE/TUTOR PARA FIRMAR – Autorización para el Intercambio de Información Confidencial del Estudiante**

Autorizo al **proveedor de atención médica** de mi hijo (**Nombre**) \_\_\_\_\_ intercambiar información de salud confidencial con la(s) enfermera(s) del distrito para completar este plan de atención e intercambiar información y registros de salud por no más de 12 meses después de la fecha de la firma.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor\_\_\_\_\_  
Fecha

Al firmar la autorización, entiendo que las partes mencionadas anteriormente pueden intercambiar información escrita y verbal sobre mi hijo. Las partes también pueden aceptar una fotocopia de este formulario de liberación y darle la misma vigencia y efecto que el original. Además, entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento proporcionando una copia de mi revocación a las partes mencionadas anteriormente. La información utilizada o divulgada en virtud de este comunicado puede ser divulgada por el distrito escolar como un registro educativo, de conformidad con FERPA y es posible que ya no esté protegida por HIPAA.

**PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO: Nivel de Independencia del Estudiante:**

Como Proveedor Independiente con Licencia (LIP) del estudiante, confirmo que el estudiante tiene un diagnóstico de diabetes mellitus; y según mi evaluación, recomiendo:

- Este estudiante es capaz de contar los carbohidratos en las comidas y los refrigerios para ajustar la insulina, llevar y autoadministrarse la diabetes medicación/insulina.
- Este estudiante requiere un adulto capacitado para supervisar el conteo de carbohidratos de las comidas y refrigerios para el ajuste de la insulina y el autocontrol administración de medicamentos para la diabetes/insulina.
- Este estudiante requiere un adulto capacitado para contar las comidas y los refrigerios de carbohidratos, calcular la insulina y administrar la diabetes medicamento/insulina durante los períodos en que el estudiante está bajo el cuidado de la escuela.

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

- Los padres/tutores están autorizados a aumentar O disminuir la escala de dosis de corrección dentro del siguiente rango:  
+/- \_\_\_\_\_ unidades de insulina.
- Los padres/tutores están autorizados a aumentar O disminuir la proporción de insulina a carbohidratos dentro del siguiente rango:  
una unidad de insulina recetada por +/- \_\_\_\_ gramos de carbohidratos.
- Los padres/tutores están autorizados a aumentar O disminuir la dosis fija de insulina dentro del siguiente rango:  
+/- \_\_\_\_ unidades de insulina.

\_\_\_\_\_  
Nombre del proveedor independiente con licencia (LIP)(por favor imprimir)( )  
\_\_\_\_\_  
Número de teléfono\_\_\_\_\_  
Firma de Labio\_\_\_\_\_  
Fecha



**Distrito Escolar Conjunto de Jefferson #251**

(For District Use)  
Effective Date: \_\_\_\_\_

**DIABETES – Emergency Care Plan**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Calificación: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**El estudiante está bien cuando la glucosa en la sangre está dentro del rango objetivo**  
\_\_\_\_\_ mg/dL y \_\_\_\_\_ mg/dL

**Notificar a los padres/tutores cuando la glucosa en la sangre esté por debajo de \_\_\_\_\_ mg/dL o por encima de \_\_\_\_\_ mg/dL.**

**¡Siempre pruebe si el estudiante muestra signos/síntomas de glucosa en sangre alta o baja!**  
**¡Pueden ocurrir situaciones de emergencia con niveles bajos de glucosa en sangre**

**HIPOglucemia - Nivel bajo de glucosa en sangre**

**HIPERglucemia - Nivel alto de glucosa en sangre**

**Síntomas leves/moderados:** Circule por favor  
 Ansiedad      Visión borrosa      Transpiración  
 Confusión      Llanto      Mareo  
 Hambre      Habla arrastrada      Irritabilidad  
 Palidez      Dolor de cabeza menor      Inestabilidad  
 Somnolencia/Cansancio      Pobre concentración  
 Cambio de comportamiento repentino      Debilidad  
 Cambio de personalidad      Coordinación pobre  
 Otra: \_\_\_\_\_

- El estudiante necesita tratamiento cuando el nivel de glucosa en la sangre es por debajo de \_\_\_\_\_ mg/dL o si es sintomático.
- Si se trata fuera del salón de clases, un responsable persona **DEBE** acompañar al estudiante al oficina. **NO envíe a ningún lado SOLO**
- Si la glucosa en sangre está por debajo de \_\_\_\_\_ mg/dL, dar 15 gramos de fuente de azúcar de acción rápida, por ejemplo: 3-4 tabletas de glucosa, 4 onzas de jugo, O un paquete de bocadillos de frutas.
- Espere 15 minutos y vuelva a controlar la glucosa en sangre.
- Repita hasta que la glucosa en sangre esté por encima de \_\_\_\_\_ mg/dL
- Desconecte o suspenda la bomba.

**Síntomas leves/moderados:** Circule por favor  
 Cambio de comportamiento      Visión borrosa  
 Fatiga/somnolencia      Micción frecuente  
 Mayor dolor de cabeza      Dolor de estómago  
 Sed/Boca Seca  
 Otra: \_\_\_\_\_

- El estudiante necesita tratamiento cuando el nivel de glucosa en la sangre está por encima de \_\_\_\_\_ mg/dL o si presenta síntomas.
- Anime al estudiante a beber agua o sin azúcar bebidas
- Permitir privilegios de baño sin restricciones.
- Administre la dosis de corrección de insulina si está en la bomba.
- Vuelva a comprobar el nivel de glucosa en sangre en \_\_\_\_\_ horas.

**Síntomas GRAVES:** Circule por favor

**Síntomas GRAVES:** Circule por favor

Combativo      Incapacidad para comer      Inconsciente  
 Insensible      Convulsiones  
 Otra: \_\_\_\_\_

- Posición de costado. No le dé nada por la boca.
- Comuníquese con personal capacitado en diabetes.
- Administrar Medicamentos de Emergencia. ¡Llama al 911!**
- Póngase en contacto con los padres / tutores
- PERMANEZCA CON EL ESTUDIANTE** hasta que llegue EMS.

**Administración de medicamentos de emergencia:**

Persona para dar Medicamentos de Emergencia:  EMS  
 Enfermera de la escuela       Madre/Padre  
 Personal de oficina capacitado (Especificar): \_\_\_\_\_  
 Nombre del medicamento de emergencia: \_\_\_\_\_  
 Ubicación de la medicación de emergencia: \_\_\_\_\_  
 Nasal:  3.0 mg  
 Autoinyector precargado:  0.6 mg/0.6 mL Sitio: \_\_\_\_\_  
 Inyección:  0.5 mg     1.0 mg    Sitio: \_\_\_\_\_

Visión borrosa      Dolor en el pecho  
 Aumento del hambre      Náuseas/vómitos  
 Dulce aliento afrutado  
 Dolores abdominales severos  
 Conciencia disminuida  
 Cambios en la respiración  
 (Respiración de Kussmaul)  
 Otra: \_\_\_\_\_

- Administre la dosis de corrección de insulina si está en la bomba.
- Anime al estudiante a beber agua.
- Llame a los padres/tutores.
- Llame al 911** si el estudiante tiene cambios en la respiración o disminución de la conciencia.
- PERMANEZCA CON EL ESTUDIANTE** hasta que llegue EMS.

Si vomita, llame al padre/tutor  
**¡INMEDIATAMENTE!**