



Bay District Schools Plan de Manejo de Diabetes para el Año Escolar 2023-2024



Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento::	ID del Estudiante:	Grado:
Padre/Guardian #1:	Cell #:	Casa #:	Trabajo #:
Padre/Guardian #2:	Cell #:	Casa #:	Trabajo #:
Proveedor de Atención Medica para la Diabetes:		Telefono #:	Fax #:

Habilidades de Autocuidado del Estudiante	No Requiere Supervision	Requiere Supervision
Realiza e Interpreta Pruebas de Glucosa en Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcula Gramos de Carbohidratos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Determina Dosis de Insulina para Ingesta de Carbohidratos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Determina la Corrección de la Dosis de Insulina para la Glucosa Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El Estudiante Puede Autoinsertar el Equipo de Infusión con Bomba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El estudiante puede llevar suministros para Diabetes, determinar la dosis de insulina y auto-administrar insulina mediante pen <input type="checkbox"/> o bomba de insulina <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estudiantes que no requieran supervisión podrían llevar consigo suministros para diabetes y auto-administrarse insulina con prescripción médica y autorización parental, según el Estatuto de Florida 1002.20(3)(j).

Medición de Glucosa Sanguínea en la Escuela

Medir la Glucosa Sanguínea con **Glucómetro** antes de administrar insulina y según sea necesario en base a signos y síntomas o altos o bajos niveles de glucosa. Puede usar el **Monitor Continuo de Glucosa (CGM)** para la dosificación si BG entre _____ mg/dl.

Pruebas Adicionales de Glucosa en Sangre en la Escuela: Antes PE Después PE Antes Merienda **O** _____

Azúcar Sanguínea BAJA (HIPO-glicemia) – Prueba de Glucosa en Sangre para Confirmar

El Estudiante reconoce cuando presenta signos de nivel BAJOS de azúcar Si No

Los Signos y Síntomas del Estudiantes pueden incluir: Hambre Debil/Temboroso Dolor de cabeza Mareos
 Dolor de abdominal Ansiedad Cambios de Personalidad Nauseas/Vomitos Confusión Fatiga
 Adormecimiento Vision Borrosa Otros _____

Manejo de Niveles Bajos de Glucosa en Sangre (por debajo de _____ mg/dl)

1. Si el estudiante está despierto y puede tragar: Dele 15 gramos de un carbohidrato de acción rápida como: 4 oz. jugo de fruta o refresco no dietético, 3-4 tabletas de glucosa o glaseado en tubo, refrigerio proporcionado por los padres u otro _____.
2. Repita el tratamiento anterior hasta que la glucosa en sangre sea superior a __ mg/dl. El estudiante luego puede regresar a clase.
3. Siga el tratamiento con un refrigerio de _____ gramos de carbohidratos si falta más de 1 hora para la próxima comida/refrigerio o si va a una actividad.
4. Notifique a los padres cuando la glucosa en sangre esté por debajo de _____ mg/dl.
5. Retrase el ejercicio si la glucosa en sangre está por debajo de _____ mg/dl.
6. Retrasar las pruebas académicas si la glucosa en sangre está por debajo de _____ mg/dl.

Si el estudiante está inconsciente o tiene una convulsión, llame al 911 inmediatamente y notifique a los padres. Coloque al estudiante del lado izquierdo si es posible. Si usa una bomba de insulina, coloque la bomba en modo de suspensión/parada o _____

Administre:

- Gel de glucosa:** Un tubo que se administra en el interior de la mejilla y se masajea desde el exterior mientras se espera que se mezcle y administre el Glucagón.
- Glucagon Inyección:** 0.5mg 1mg IM SQ
- Gvoke (glucagon):** HypoPen Jeringa Precargada 0.5mg 1mg SQ
- Baqsimi (glucagon):** 3.0mg IN (intranasal)
- Zegalogue (desiglucagón)** Autoinyector Jeringa Precargada 0.6mg SQ

Nombre del Estudiante: _____	Fecha Nacimiento: _____
-------------------------------------	--------------------------------

ALTO nivel de azúcar en sangre (HIPER-gluccemia): Pruebe el Nivel de Azúcar en Sangre para Confirmar

El Estudiante reconoce cuando presenta signos de niveles ALTOS de azúcar Si No

Los Signos y Síntomas pueden incluir: Incremento en Hambre Sed Orinas Dolor de cabeza Dolor abdominal
 Piel Seca, Caliente o Ruborizada Fatiga Vision Borrosa Somnolencia Confusion Aliento dulce, frutal
 Otro: _____

Manejo de la Glucosa Sanguinea ALTA (arriba de _____ mg/dl)

1. Consulte la sección Administración de insulina a continuación para conocer los horarios designados para administrar insulina.
 2. Dele agua u otros líquidos sin azúcar según los tolere y permita frecuentes privilegios para ir al baño.
 3. Controle las **cetonas** si la glucosa en sangre es superior a _____ mg/dl.
 4. El estudiante puede regresar a clase por glucosa en sangre de _____ mg/dl.
 5. Notifique a los padres si las cetonas son positivas y/o el nivel de glucosa en sangre supera los _____ mg/dl.
 6. Retrase el ejercicio si la glucosa en sangre está por encima de _____ mg/dl.
 7. Retrasar los exámenes académicos si la glucosa en sangre está por encima de _____ mg/dl.
 8. Vuelva a medir la glucosa de sangre en _____ horas si es superior a _____ mg/dl.
 9. Si el nivel de glucosa en sangre supera los _____ mg dl y no responde a las intervenciones, comuníquese con los padres para que recojan el estudiante.
 10. Si no puede comunicarse con los padres, monitoree al estudiante, LLAME al 911 para GS mayor de _____ mg/dl, o el estudiante desarrolla dificultad para respirar, se vuelve muy débil, confuso, inconsciente y/o comienza a convulsionar.
- Otro: _____

Administración de Insulina:

Corrección de Insulina para glucose en sangre alta en la escuela: Antes del Desayuno Antes del Almuerzo
 Glucosa Sanguínea _____ mg/dl y ha estado ____ horas desde la ultima dosis de insulina Otro: _____

Tipo de Insulina en la Escuela: Humalog Novalog Otro _____

Metodo de Administración de Insulina en la Escuela	<input type="checkbox"/> Pluma de Insulina	<input type="checkbox"/> Bomba de Insulina: La bomba calculara la dosis de Insulina. Suspend Pump if blood glucose is below _____ mg/dl Nota: Si la glucose sanguínea esta por encima de _____ mg/dl, la bomba prescribirá la dosis de insulina. Si la bomba falla, use pluma/jeringa para administrar insulina según las guías de administración de Insulina. Los padres son responsables de administrar todos los suministros requeridos para esta acción.
---	---	---

Glucosa en Sangre Objetivo: _____ mg/dl.

Dosis de Insulina de Carbohidratos Administre una unidad de insulina por _____ gramos de carbohidratos

Insulina para Carbohidratos que se consumen en la escuela, indicar horarios:
 Antes del Desayuno Antes del Almuerzo Antes de la Merienda
 Otros: _____

Glucosa Sanguinea Objetivo Administre una unidad de insulina por cada _____ mg/dl que el nivel de azúcar en sangre esté por Encima o por Debajo del Nivel de Azúcar en Sangre objetivo.

Llamar a los Padres para la Corrección de la Glucosa Sanguínea y la Determinación de la Insulina

Dosis de Corrección de la Glucosa Sanguínea Alta – Use la Escala de Insulina:

Glucosa Sanguínea _____ a _____	Insulina- _____ unidades	Glucosa Sanguínea _____ a _____	Insulina- _____ unidades
Glucosa Sanguínea _____ a _____	Insulina- _____ unidades	Glucosa Sanguínea _____ a _____	Insulina- _____ unidades
Glucosa Sanguínea _____ a _____	Insulina- _____ unidades	Glucosa Sanguínea _____ a _____	Insulina- _____ unidades

Nombre del Estudiante:

Fecha de Nacimiento:

Por la presente autorizo al proveedor de atención médica para la diabetes y al personal de Bay District Schools, Charter Schools, PanCare of Florida, Inc., mencionado anteriormente, a divulgar recíprocamente información sobre la salud del estudiante verbal, escrita, enviada por fax o electrónica con respecto al niño mencionado anteriormente por administrar la medicación necesaria o tratamiento en la escuela. Entiendo que Bay District Schools Charter Schools y PanCare protegen y aseguran la privacidad de la información de salud y educación de los estudiantes según lo requieren las leyes federales y estatales y en todas las formas de registros, incluidos, entre otros, los que son orales, escritos o enviados por fax. o electrónico. Solicito que mi hijo sea ayudado a tomar el medicamento o el tratamiento descrito anteriormente en la escuela por personas autorizadas según lo permita mi médico y yo. Entiendo que todos los refrigerios y suministros deben ser proporcionados/reabastecidos por el padre/tutor. Entiendo que todos los procedimientos se implementarán de acuerdo con las leyes y regulaciones del estado de Florida y pueden ser realizados por personal escolar designado sin licencia (Estatuto de FL 1006.062) bajo la capacitación brindada por la enfermera de la escuela.

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Firma del Médico/Practicante: _____ Fecha: _____

INDEPENDIENTE/CUIDADO PERSONAL:

Según las instrucciones de los padres, _____ podrá realizar de forma independiente el control de la glucosa en sangre, el recuento de carbohidratos, la determinación y administración de la dosis de insulina. **El personal de la escuela no tendrá ninguna responsabilidad con respecto a estas actividades.** Yo, el padre/tutor, completaré y devolveré el Plan de Atención Individual para mi hijo con instrucciones sobre la atención de emergencia.

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Reviewed by: _____, School Health Registered Nurse Date: _____

Este seccion debe estar firmado por un proveedor médico con licencia (médico con licencia bajo el capítulo 458, un médico osteópata con licencia bajo el capítulo 459, un médico podiátrico con licencia bajo el capítulo 461 o una enfermera registrada de práctica avanzada registrada bajo s. 464.0123)

Si **No:** El padre/tutor está autorizado a aumentar o disminuir la dosis de corrección para la hiperglucemia fuera de la hora de comer

Si **No:** El padre/tutor está autorizado a aumentar o disminuir el factor de corrección dentro del siguiente rango +/- _____ puntos en que la glucosa en sangre está por encima/por debajo de la glucosa en sangre objetivo

Si **No:** El padre/tutor está autorizado a aumentar o disminuir la proporción de carbohidratos dentro del siguiente rango: 1 unidad por gramos recetados de carbohidratos +/- _____ gramos de carbohidratos

Nombre del estudiante: _____ DOB del estudiante: _____

Nombre impreso del proveedor: _____

Firma del proveedor: _____ Date: _____

Padre/tutor Nombre impresa: _____

Firma del padre/tutor: _____ Date: _____