


Plan de Salud Individualizado para la Diabetes

DIABETES – Plan de Salud Individualizado Simplificado (IHP)		Año escolar:		Foto
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah				
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE				
Estudiante:	Fecha de nacimiento:	Grado:	Escuela:	DMMO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Padre:	Teléfono:	Correo electrónico:		
Médico:	Teléfono:	Fax o Correo Electrónico:		
Enfermera Escolar:	Teléfono de la escuela:	Fax o Correo Electrónico:		
<input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II	Edad al diagnóstico:			
SECCIÓN 504 PLAN				
La mayoría de los estudiantes con diabetes también deben tener un plan de la Sección 504 separado para proporcionar las adaptaciones necesarias para acceder a su educación.				
HABILIDADES DEL ESTUDIANTE PARA EL MANEJO DE LA DIABETES		Necesita asistencia	Necesita Supervisión	Independiente
Identificar sentimientos de hipoglucemia				
Comprobación de la glucosa en sangre				
Medir la insulina				
Poner información en la bomba/Pluma de insulina inteligente				
Administrar la inyección de insulina				
Contar los carbohidratos de forma independiente				
MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA (Ver Anexo CGM)				
<input type="checkbox"/> El estudiante tiene un Sistema de Monitoreo Continuo de Glucosa: Adjunte la adenda del CGM. La adenda debe tener la firma de los padres. No todas las lecturas de CGMS se pueden usar para tomar decisiones de tratamiento.				
¡Pruebe la glucosa en sangre con un medidor si hay una aparente disparidad entre la lectura del MCG y los síntomas!				
ADMINISTRACIÓN DE INSULINA (Consulte la adenda de Inyección de Insulina o Bomba/Pluma de Insulina Inteligente) (Las dosis de corrección se pueden administrar solo con las comidas, a menos que se use una bomba)				
Método de administración de insulina: Adjunte la adenda correspondiente <input type="checkbox"/> Bomba <input type="checkbox"/> Pluma de insulina <input type="checkbox"/> Pluma de insulina inteligente <input type="checkbox"/> Jeringa/vial				
Almuerzo: El estudiante típicamente comerá: <input type="checkbox"/> Almuerzo escolar (el personal puede ayudar con el conteo de carbohidratos) <input type="checkbox"/> Almuerzo en casa (los padres deben proporcionar el conteo de carbohidratos)				
Hipoglicemia- Glucosa en la sangre baja	HIPERglucemia- Glucosa en la sangre alta	INFORMACIÓN ADICIONAL		
¡Pueden ocurrir situaciones de emergencia con niveles bajos de azúcar en la sangre! Síntomas: tembloroso, deprimido, hambriento, confundido, otros (especificar): <input type="checkbox"/> El estudiante necesita tratamiento cuando la glucosa en la sangre está por debajo de _____ mg/dl o si presenta síntomas <input type="checkbox"/> Si se trata fuera del salón de clases, una persona responsable DEBE acompañar al estudiante a la oficina <input type="checkbox"/> Si la glucosa en la sangre está por debajo de _____ mg/dl o si presenta síntomas, dé _____ gramos de carbohidratos <input type="checkbox"/> Después de 15 minutos, vuelva a controlar la glucosa en sangre con el medidor <input type="checkbox"/> Repita hasta que la glucosa en sangre supere los _____ mg/dl <input type="checkbox"/> <u>Desconecte o suspenda la bomba</u>	Síntomas: aumento de la sed, aumento de la necesidad de orinar, otros (especifique): <input type="checkbox"/> El estudiante necesita tratamiento cuando la glucosa en la sangre supera los _____ mg/dl <input type="checkbox"/> Si el nivel de azúcar en la sangre supera los _____ mg/dl, comuníquese con los padres <input type="checkbox"/> Permitir privilegios de baño sin restricciones <input type="checkbox"/> Anime al estudiante a beber agua o bebidas sin azúcar ¡Si vomita llame a los padres inmediatamente!	<ul style="list-style-type: none"> El estudiante siempre debe tener acceso al azúcar de acción rápida. El estudiante puede llevar una botella de agua y tener privilegios de baño sin restricciones. El estudiante puede medir su nivel de glucosa en sangre cuando/donde sea necesario Los maestros suplentes deben estar al tanto de la situación de salud del estudiante, pero respetando la privacidad. LLAME AL 911 SI: <ul style="list-style-type: none"> Se administra glucagón El estudiante no puede cooperar para comer o beber nada Disminución del estado de alerta o pérdida del conocimiento Convulsión 		
Notificar a los padres/tutores cuando la glucosa en sangre esté por debajo de _____ mg/dl o por encima de _____ mg/dl				
CONTINÚA EN LA PRÓXIMA PÁGINA 				

Plan de Salud Individualizado para la Diabetes

Estudiante:	Fecha de nacimiento:	Año escolar:
INSTRUCCIONES ADICIONALES		
Especifique cualquier instrucción adicional para el manejo diario del estudiante:		
MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA (Ver DMMO)		
Persona que administrará el glucagón : <input type="checkbox"/> Enfermera escolar <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> EMS <input type="checkbox"/> Voluntario(s) (especifique): Adjunte la documentación de capacitación de los voluntarios, si corresponde.		
Ubicación del glucagón:		
FIRMAS		
<i>LOS PADRE DEBEN COMPLETAR (como lo requiere UCA 53G-9-504 y 53g-9-506)</i>		
<input type="checkbox"/> Certifico que se le ha recetado glucagón a mi estudiante. <input type="checkbox"/> Solicito que la escuela identifique y capacite al personal escolar que se ofrece como voluntario para recibir capacitación en la administración de glucagón. Autorizo la administración de glucagón en caso de emergencia a mi estudiante. <input type="checkbox"/> Autorizo a mi estudiante a poseer o poseer y autoadministrarse medicamentos para la diabetes. Reconozco que mi estudiante es responsable y capaz de poseer o poseer y autoadministrarse el medicamento para la diabetes. <input type="checkbox"/> Autorizo a mi estudiante a poseer y autoadministrarse medicamentos para la diabetes. Mi estudiante debe estar en posesión de medicamentos para la diabetes en todo momento. <input type="checkbox"/> Autorizo a mi estudiante a poseer, pero no autoadministrarse, medicamentos para la diabetes. Mi estudiante debe estar en posesión de medicamentos para la diabetes en todo momento. <input type="checkbox"/> NO autorizo a mi estudiante a poseer o autoadministrarse medicamentos para la diabetes. Mi estudiante debe tener acceso a sus medicamentos para la diabetes en todo momento.		
Nombre del padre:	Firma:	Fecha:
Como padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, doy permiso para que el proveedor de atención médica de mi estudiante comparta información con la enfermera de la escuela para completar este plan. Entiendo que la información contenida en este plan se compartirá con el personal de la escuela según sea necesario. Es responsabilidad del padre/tutor notificar a la enfermera de la escuela sobre cualquier cambio en el estado de salud del estudiante, atención u orden de medicación. Si se ordenan medicamentos, autorizo al personal de la escuela a administrar los medicamentos descritos anteriormente a mi estudiante. Si se cambia la receta, se debe completar una nueva orden del prescriptor antes de que el personal de la escuela pueda administrar el medicamento. Los padres/tutores son responsables de mantener los suministros, medicamentos y equipos necesarios.		
Padre:	Firma:	Fecha:
Contacto de emergencia:	Relación:	Teléfono:
ENFERMERA ESCOLAR		
Los medicamentos y suministros para la diabetes se guardan: <input type="checkbox"/> El estudiante lleva <input type="checkbox"/> Mochila <input type="checkbox"/> Salón de clase <input type="checkbox"/> Oficina de salud <input type="checkbox"/> Oficina Principal <input type="checkbox"/> Otro (especifique):		
Copias del IHP (este formulario) distribuidas al personal que "necesita saber": <input type="checkbox"/> Maestro(s) <input type="checkbox"/> Comedor <input type="checkbox"/> Maestro(s) de educación física <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Recepción/administrador <input type="checkbox"/> Otro (especifique):		
Firma de la enfermera escolar:	Fecha:	