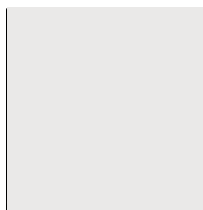


# Plan de manejo médico de la diabetes 202 - 202



(Agregue la foto del estudiante aquí.)

ÍNDICE		
SECCIONES ROJAS PARA PADRES/TUTORES	PÁGINA	SECCIÓN
Demografía	1	1
Suministros/Plan de desastre/Excursiones	1	2
PROVEEDOR DE DIABETES SECCIONES NEGRAS	PÁGINA	SECCIÓN
Supervisión obligatoria en la escuela	2	3
Control de la glucemia	2	4
Dispositivos de administración de insulina	2	5
Insulinas y medicamentos para la diabetes	2	6
Momento de la administración de insulina	2	7
Tabla de dosificación (actualización de una sola página)	3	8
Manejo de niveles bajos de glucosa	4	9
Manejo de la glucosa alta	5	10
Firmas de aprobación	5	-

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

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono de la escuela: \_\_\_\_\_ Número de fax de la escuela: \_\_\_\_\_ Calificación: \_\_\_\_\_

Sala de estudio: \_\_\_\_\_ Nombre y dirección de correo electrónico del punto de contacto de la escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

## 1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA—(PADRE/TUTOR)

**Completar la página 1 del DMMP y enviar el formulario a tu proveedor médico antes del comienzo de clases.**

Número de celular del estudiante: \_\_\_\_\_ Tipo de diabetes: \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

**HORARIO DEL ESTUDIANTE** Hora de llegada: \_\_\_\_\_ Hora de salida: \_\_\_\_\_

Viaja a la escuela en (marcar todas las que correspondan):	Horarios de comida:	Días/Horarios de actividad física:	Viajes a:
A pie/en bicicleta	Desayuno	Gimnasia	Inicio Programa extraescolar
Automóvil	Merienda matutina	Descanso	Otro
Autobús	Almuerzo	Deportes	En: A pie/en bicicleta
Asiste al programa antes de la escuela	Merienda de la tarde	Información adicional:	Automóvil
	Merienda previa a la salida		Conductor estudiante
			Autobús

Padre/Tutor N.º1 (contactar primero): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Padre/Tutor N.º2: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil N.º: \_\_\_\_\_ Hogar N.º: \_\_\_\_\_ Trabajo N.º: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil N.º: \_\_\_\_\_ Hogar N.º: \_\_\_\_\_ Trabajo N.º: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Indique el método de contacto preferido: \_\_\_\_\_ Indique el método de contacto preferido: \_\_\_\_\_

## 2. PROPORCIONAR LOS SUMINISTROS NECESARIOS / PLANIFICACIÓN DE DESASTRES / VIAJES DE CAMPO PROLONGADOS

1. Proporcionar un mínimo de tres días de los siguientes suministros para el manejo de la diabetes para el cuidado de su hijo en la escuela.

- Insulina
- Agujas para jeringas/plumas
- Tiras de cetonas
- Tratamiento para bajas y snacks adicionales
- Glucagón
- Toallitas antisépticas
- Medidor de glucosa en sangre (BG) con tiras reactivas, lancetas y batería adicional (también requerido para todos los usuarios de monitores continuos de glucosa [CGM])
- Suministros de bomba (equipo de infusión, cartucho, batería adicional/cable de carga) si corresponde
- Suministros adicionales:

Enumerar los suministros que puede llevar consigo:

2. Revisar las fechas de vencimiento y las cantidades mensualmente y reemplazar los artículos antes de las fechas de vencimiento.

3. Ver detalles de planificación ante desastres o emergencias: consultar la Guía de Seguridad en la Escuela

4. En caso de un desastre o una excursión prolongada, una enfermera escolar u otro personal designado llevará los suministros y medicamentos para la diabetes del estudiante a su ubicación.

**¿Tu hijo ha perdido el conocimiento, ha sufrido una convulsión o ha necesitado glucagón en los últimos dos años:** No Sí En caso afirmativo, fecha del último evento

**¿Tu hijo ha experimentado CAD u hospitalización por diabetes en los últimos dos años:** No Sí En caso afirmativo, fecha del último evento

Nombre del proveedor de atención médica/clínica: \_\_\_\_\_ N.º de contacto: \_\_\_\_\_ N.º de fax: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico (comunicación no esencial): \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

APELLIDO DEL ESTUDIANTE:

NOMBRE:

Fecha de nacimiento:

**PROVEEDORES: Completar las páginas 2 a 5 del formulario y enviarlo completo y firmado a la escuela.**

### 3. SUPERVISIÓN REQUERIDA EN LA ESCUELA (DEFINICIONES A CONTINUACIÓN)

	Soporte completo	Supervisión	Cuidados personales
Monitoreo de glucosa: Prueba del medidor de glucosa en sangre, responde a las alarmas del CGM, interpreta y notifica al personal sobre las lecturas.			
Manejo de la glucosa: Manejo de niveles bajos y altos de glucosa			
Administración de insulina: Cuenta carbohidratos/determina la cantidad de comida, calcula la dosis de insulina, administra insulina mediante jeringa/pluma/bomba de insulina y responde a las alarmas del dispositivo.			

Suministros para la diabetes que se pueden llevar consigo: ☐ Sí ☐ No ¿Es necesario un teléfono inteligente por razones médicas?: ☐ Sí ☐ No

**Soporte completo:** Todos los cuidados deberán ser realizados por la enfermera escolar y personal capacitado (según lo permita la ley estatal).

**Supervisión:** Personal capacitado para asistir y supervisar. Guiar y fomentar la independencia.

**Autocuidado:** Maneja de forma independiente las habilidades indicadas para la diabetes. Se brinda apoyo en la oficina de salud o en el aula a pedido y según sea necesario.

### 4. CONTROL DE GLUCOSA EN LA ESCUELA

**Control de glucosa:** Antes de las comidas (predeterminado) Con molestias físicas/enfermedades (predeterminado, incluir prueba de cetonas) Síntomas de glucosa alta o baja Antes/después de la actividad física Antes de salir de la escuela Otro:

#### MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA (CGM) N/D

Especificar marca y modelo:

El monitoreo remoto del CGM por parte de la enfermera escolar o personal escolar capacitado es ☐ opcional ☐ médicamente necesario

#### Realizar una punción en el dedo si:

- Los síntomas no coinciden con la lectura del sensor
- La lectura del sensor no está disponible o el seguimiento es inconsistente
- El sensor sigue leyendo por debajo de 70 mg/dL 15 minutos después del tratamiento bajo
- Según recomendaciones del fabricante

### 5. DISPOSITIVOS DE ADMINISTRACIÓN/CÁLCULO DE DOSIS DE INSULINA (SELECCIONAR TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

Inyecciones diarias múltiples (MDI) Bomba de insulina (especificar marca y modelo) Aplicación Calculadora de bolo  
 Jeringa de insulina Pluma de insulina La bomba de insulina es un sistema automatizado de administración de insulina (AID) Otro  
 Bolígrafo inteligente  
 Inyección a través de i-Port La bomba de insulina es un sistema de código abierto (OS-AID)

### 6. INSULINAS Y OTROS MEDICAMENTOS PARA REDUCIR LA GLUCOSA

Insulina de acción rápida: Humalog/Humalog U-200/Admelog (Lispro), Novolog/Merilog (Aspart), Apidra (Glulisina) Insulina de acción ultrarrápida: Fiasp (Aspart), Lyumjev (Lispro-aabc) Insulina de acción corta: Humulin R, Novolin R Otro:	Tiempo, dosis y frecuencia (ver página de dosificación para más detalles)			Ruta  Subcutáneo Otro	Indicación  Administrar para alimentos y/o corrección.
Insulina de acción prolongada Lantus, Basaglar, Semglee, Resvoglar (Glargina) Insulina de acción ultralarga Toujeo U-300 (Glargine) Tresiba (Degludec)	Hora  AM PM	Dosis  Unidades Unidades	Frecuencia	Ruta  Subcutáneo	Indicación  Dosis escolar de rutina Dosis para excursiones de toda la noche Dosis de desastre/emergencia Falla de la bomba

### 7. PAUTAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINA A LA HORA DE COMER (SELECCIONAR TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

#### Pautas para la administración de insulina

##### Momento de administración de insulina:

Asegurarse de que se consuman carbohidratos de sustitución cuando el estudiante no complete su comida.

**Antes de la comida:** Se recomiendan 10 a 15 minutos para insulina de acción rápida.

**A la hora de la comida:** Recomendado para estudiantes que utilizan insulina ultrarrápida o la bomba de insulina iLet.

**May Advance:** Administrar insulina antes de la comida cuando el estudiante demuestre patrones de alimentación consistentes.

**Dosis parcial antes de la comida:** Recomendado para alimentación impredecible, utilizando bombas. Calcular la dosis previa a la comida usando gramos de carbohidratos. Seguir la dosis previa a la comida para los gramos adicionales de carbohidratos consumidos, dentro de los 20 minutos (AID activa: carbohidratos adicionales N/D si  $\geq 30$  minutos tarde)

**Después de comer lo antes posible:** Recomendado para estudiantes que rechazan la comida mientras toman la bomba o que tienen una alimentación impredecible, usando MDI. Para MDI, calcular la dosis en función de la glucosa antes de la comida, los carbohidratos consumidos y administrar la dosis después de la comida. Las bombas proporcionan corrección antes de comer e ingresan los gramos de carbohidratos consumidos dentro de los 30 minutos posteriores al inicio de la comida.

Nombre del proveedor de atención médica/clínica:

Dirección de correo electrónico (comunicación no esencial):

N.º de contacto:

Otro:

N.º de fax:

APELLIDO DEL ESTUDIANTE:

NOMBRE:

Fecha de nacimiento:

**8. TABLA DE DOSIFICACIÓN — EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE COMPLETAR – FORMULARIO DE PEDIDO DE ACTUALIZACIÓN DE UNA SOLA PÁGINA**

**Sumar dosis de alimento (Tabla A) + dosis de corrección (Tabla B) = dosis de comida**

**Dosis de alimento (Tabla A)**

Hora de inicio Hora de finalización (HR:MIN) N/A	Proporción de carbohidratos (fórmula) N/A		Fixed Meal Dose		
	Gramos de carbohidratos Relación de carbohidratos	Dosis de alimento	Units N/A	Grams N/A	Grams N/A
	1 unidad por cada	gramos de carbohidratos	50% MENOS	COMIDA HABITUAL	50% MÁS
	1 unidad por cada	gramos de carbohidratos	50% MENOS	COMIDA HABITUAL	50% MÁS
	1 unidad por cada	gramos de carbohidratos	50% MENOS	COMIDA HABITUAL	50% MÁS
	1 unidad por cada	gramos de carbohidratos	50% MENOS	COMIDA HABITUAL	50% MÁS
	1 unidad por cada	gramos de carbohidratos	50% MENOS	COMIDA HABITUAL	50% MÁS

La dosis se determinará mediante una calculadora de bolo utilizando una bomba de insulina o un dispositivo inteligente.

**Verificar CETONAS** antes de administrar insulina si la glucosa > mg/dL (predeterminado ≥ 250 mg/dL bomba de insulina o ≥ 300 mg/dL MDI) durante > min (predeterminado 90) después de una comida y/o bolo) o > 400 mg/dL en cualquier momento y/o si el estudiante se queja de síntomas físicos (dolor abdominal, náuseas, vómitos). Consultar la sección 10 para obtener orientación sobre el manejo de niveles altos de glucosa en sangre.

**La enfermera escolar está autorizada a ajustar** la dosis de insulina para mantener la glucosa en rangos normales durante la actividad física.

Dosis de insulina restar unidades de la dosis total  
Dosis de insulina restar % de la dosis total  
Los gramos de carbohidratos restan gramos del total  
Los gramos de carbohidratos restan % del total

**Los padres/tutores están autorizados a ajustar la dosis de insulina:**  
Dosis de insulina +/- unidades  
Dosis de insulina +/- %  
Relación de carbohidratos +/- gramos/unidades  
Factor de corrección +/- mg/dL/unidad

**Dosis de corrección (Tabla B) Puede corregir cada**

**horas (predeterminado tres horas)**

Nota: Las correcciones de la bomba iLet están totalmente automatizadas, no es posible realizar correcciones manuales a través de la bomba.

Hora de inicio Hora de finalización (HR:MIN) N/A	Fórmula de corrección		Dosis de corrección de escala móvil					
	(Glucosa real - Glucosa objetivo) Factor de corrección N/A	= Dosis de corrección	N/A					
	Glucosa objetivo:	Factor de corrección:	a	mg/dL =	unidades	a	mg/dL =	unidades
	mg/dL	mg/dL/unid.	a	mg/dL =	unidades	a	mg/dL =	unidades
			a	mg/dL =	unidades	a	mg/dL =	unidades
N/A	Glucosa objetivo:	Correction Factor:	a	mg/dL =	unidades	a	mg/dL =	unidades
	mg/dL	mg/dL/unid.	a	mg/dL =	unidades	a	mg/dL =	unidades
			a	mg/dL =	unidades	a	mg/dL =	unidades
N/A	Glucosa objetivo:	Correction Factor:	a	mg/dL =	unidades	a	mg/dL =	unidades
	mg/dL	mg/dL/unid.	a	mg/dL =	unidades	a	mg/dL =	unidades
			a	mg/dL =	unidades	a	mg/dL =	unidades
N/A	Glucosa objetivo:	Correction Factor:	a	mg/dL =	unidades	a	mg/dL =	unidades
	mg/dL	mg/dL/unid.	a	mg/dL =	unidades	a	mg/dL =	unidades
			a	mg/dL =	unidades	a	mg/dL =	unidades

Firma del proveedor de diabetes: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de atención médica/clínica:

N.º de contacto:

N.º de fax:

Dirección de correo electrónico (comunicación no esencial):

Otro:

APELLIDO DEL ESTUDIANTE:

NOMBRE:

Fecha de nacimiento:

## 9. MANEJO DE NIVELES BAJOS DE GLUCOSA (HIPOGLUCEMIA)

**Los síntomas de glucosa baja pueden incluir:** ninguno, hambre, temblores, palidez, sudoración, cansancio/sueño, lloroso/llanto, irritabilidad y otros cambios de humor, mareos, incapacidad para concentrarse, poca atención y función cognitiva, sentimientos de pánico con o sin hambre incontrolada, confusión. **Los síntomas de niveles bajos de glucosa graves incluyen:** nivel bajo de glucosa con incapacidad para seguir instrucciones, comer o beber carbohidratos, pérdida del conocimiento y convulsiones.

### Tratamiento para la baja glucosa

### UTILIZAR LOS VALORES PREDETERMINADOS en esta sección

**Umbral de tratamiento:** < mg/dL o < mg/dL para la actividad física (predeterminado 70 mg/dL o 120 mg/dL para la actividad física).

**Cantidad del tratamiento:** Un tratamiento = gramos de carbohidratos (predeterminado: 15 gramos si > 80 libras u 8 gramos si < 80 libras o en el sistema AID activo)

Repetir el tratamiento cada 15 minutos hasta que BG > mg/dL. (Se deben realizar punciones en el dedo para confirmar si es necesario repetir el tratamiento si se utilizan datos de CGM).

Ajustar la cantidad de gramos utilizados para alcanzar los objetivos de glucosa de mg/dL (predeterminado 80–120 mg/dL) o mg/dL durante la actividad física (predeterminado 120–180 mg/dL).

### Número de tratamientos a administrar según el nivel de glucosa y la tendencia del CGM (ver tabla a continuación)

	Flechas de tendencias de CGM por marca					Número de tratamientos		
	Constante-Lento		Rápido-Muy rápido			Sin CGM	Constante-Lento	Rápido-Muy rápido
Aplicación Dexcom					Alarma baja sintomática o inminente en rango normal de glucosa	1/2	1/2	1
Receptor Dexcom	→	↘	↓	↓↓	Hipoglucemia leve (nivel 1) 54 - 69 mg/dL	1	1	2
Libre	→	↘	↓		Hipoglucemia grave (nivel 2) < 54 mg/dL	2	2	2
Medtronic Guardian y Simplera	Ninguno	↓	↓↓	↓↓↓	Hipoglucemia grave (nivel 3) independientemente del nivel de glucosa	Pérdida del conocimiento, convulsiones, incapacidad para beber o tragar, requiriendo asistencia con el tratamiento. Administrar el tratamiento para niveles bajos de glucosa severos que se describe a continuación.		

Ejemplo: Dexcom muestra 60 mg/dL ↓↓. Esto indica una hipoglucemia leve (nivel 1) con una caída muy rápida. La tabla indica dar 2 tratamientos. Si un tratamiento = 8 gramos, administrar dos o 16 gramos para tratar la hipoglucemia de nivel 2. Reevaluar la glucosa en 15 minutos.

**Sistemas de administración automatizada de insulina (AID):** La insulina se suspende automáticamente para evitar la hipoglucemia, reduciendo la cantidad de tratamiento necesario. El tratamiento excesivo de niveles bajos de glucosa, superiores al objetivo (150 mg/dl si se utilizan funciones de ejercicio/actividad), conduce a un suministro adicional de insulina y puede causar hipoglucemia de rebote.

### Pautas de carbohidratos: leves (nivel 1) y graves (nivel 2) (nivel bajo de glucosa, consciente y capaz de tragar)

Utilizar únicamente carbohidratos de acción rápida, como jugos, leche descremada, tabletas/geles/gomitas de glucosa, miel, mermelada/jalea, caramelos de azúcar (gomitas, Life Savers, Smarties, etc.) y refrescos regulares. Evitar las grasas, proteínas y alimentos ricos en fibra cuando trates lecturas bajas de glucosa.

### Pautas para el tratamiento de la hipoglucemia grave (nivel 3) con glucagón

1. Administrar glucagón. 2. Colocar al estudiante de lado y vigilar si vomita 3. Llama al 911 y notifica a los padres/tutores. Si dispones de un medidor de glucosa en sangre, confirma la hipoglucemia mediante una punción digital para medir la glucosa en sangre. No demores el tratamiento si el medidor no está disponible de inmediato. Si usas una bomba de insulina, coloca la bomba en modo de suspensión/detención o desconecta el tubo del sitio de infusión. Mantén la bomba con el estudiante.

Inyección SC de Gvoke PFS (jeringa precargada) o HypoPen (autoinyector)  
0.5 mg 1.0 mg

Kit Gvoke (vial y jeringa listos para usar, 1 mg/0.2 ml) Inyección SC  
Zegalogue (dasiglucagón) 0.6 mg SC mediante jeringa precargada

Glucagón nasal Baqsimi 3 mg

Kit de emergencia de glucagón IM 0.5 mg 1.0 mg

Zegalogue (dasiglucagón) 0.6 mg SC mediante autoinyector

### Características de ejercicio para bombas/sistemas AID:

### UTILIZAR LOS VALORES PREDETERMINADOS en esta sección.

Iniciar la función minutos antes del inicio de la actividad física (predeterminado 60-90 minutos) según sea necesario para prevenir la hipoglucemia y mantener los niveles de glucosa en un rango seguro (predeterminado 120-180 mg/dL).

(Medtronic) Objetivo de temperatura 770/780G o temperatura basal preestablecida, (Insulet) Función de actividad Omnipod 5 o DASH o temperatura basal preestablecida, (Tandem) Configuración de actividad de ejercicio CIQ o Mobi o frecuencia de temperatura, (Beta Bionics) Suspensión iLet, (Twiist) Ajustes preestablecidos de entrenamiento.

Puedes suspender y desconectar la bomba de insulina entubada durante hasta minutos (valor predeterminado: 60 minutos) para evitar daños al estudiante y/o al dispositivo. Conservar en lugar fresco y limpio.

**Ejercicio prolongado** > 30 minutos pueden requerir refrigerios adicionales para mantener los niveles de glucosa en rangos seguros mg/dL (predeterminado 120–180 mg/dL). Dar un refrigerio de gramos (puede incluir proteína/fibra una vez dentro del rango objetivo como refrigerio adicional para ejercicio prolongado).

**Fomentar el consumo de agua, proporcionar acceso a carbohidratos, permitir el control de la glucosa y aprobar los privilegios de uso del baño durante la actividad física. Observar al estudiante para detectar signos de niveles altos y bajos de glucosa.**

Nombre del proveedor de atención médica/clínica:

N.º de contacto:

N.º de fax:

Dirección de correo electrónico (comunicación no esencial):

Otro:

APELLIDO DEL ESTUDIANTE:

NOMBRE:

Fecha de nacimiento:

## 10. MANEJO DE LA GLUCOSA ALTA (HIPERGLUCEMIA)

Los síntomas de niveles altos de glucosa pueden incluir:

**UTILIZAR LOS VALORES PREDETERMINADOS en esta sección.**

Ninguno, sed, micción frecuente, fatiga/cansado, somnolencia, dolor de cabeza, visión borrosa, piel caliente/seca/enrojecida, ira, cambios de humor, incapacidad para concentrarse o recordar información.

Los síntomas asociados con las cetonas incluyen: malestar abdominal, náuseas, vómitos y aliento afrutado. Los síntomas de DKA incluyen respiración rápida y profunda, coma y convulsiones.

Manejo de niveles altos de glucosa superiores a \_\_\_\_\_ mg/dL (el valor predeterminado es 300 mg/dL MDI O 250 mg/dl si usas una bomba de insulina) durante \_\_\_\_\_ minutos (el valor predeterminado es 90 minutos después del último bolo de insulina/comida), >400 mg/dL en cualquier momento o con quejas físicas de no sentirse bien independientemente del nivel de glucosa.

1. Proporcionar y fomentar el consumo de agua o líquidos sin azúcar. Administrar entre 4 y 8 onzas de agua cada 30 minutos.

2. Comprueba las cetonas (antes de administrar la corrección de insulina)

a. Si hay trazas o pequeñas cantidades de cetonas en la orina (sangre: 0.1–0.5 mmol/L)

- Considera la dosis de corrección de insulina, consulta la Tabla de dosificación en la Sección 8 para conocer los momentos designados en los que se puede administrar la insulina de corrección.

(La dosificación de corrección a través de la bomba iLet está totalmente automatizada, no es posible una dosis de corrección adicional).

- Puede regresar a clases y educación física a menos que presente síntomas. Evitar el ejercicio intenso si el nivel de glucosa es >350 mg/dL.
- Volver a controlar la glucosa y las cetonas en dos horas.

b. Si presenta niveles moderados o grandes de cetonas en orina (sangre 0.6–1.5 mmol/L o >1.5 mmol/L, respectivamente). Esto puede ser grave y requiere acción.

- Comunicarse con los padres/tutores o, si no están disponible, con el proveedor de atención médica

- Administrar dosis de corrección mediante inyección a todos los estudiantes.

**Para usuarios de bombas de insulina:** Cambiar el sitio/cartucho de infusión o utilizar inyecciones hasta el alta.

- Si se inyecta mientras se usa un sistema AID, apagar la automatización durante tres a cuatro horas después de las inyecciones. Para los usuarios de iLet, **interrumpen la bomba de insulina** durante 90 minutos después de la inyección.

- No realizar actividad física hasta que los niveles de cetonas sean inferiores a moderados.

- Llamar al 911 si hay cambios en el estado mental y dificultad para respirar.

Enviar los registros de diabetes del estudiante al proveedor de atención médica (incluir detalles): Si el nivel de glucosa en sangre antes de las comidas es inferior a 70 mg/dL o superior a 250 mg/dL más de tres veces por semana o si tiene alguna otra inquietud sobre las órdenes médicas.

**FIRMA del proveedor de atención médica del estudiante (médico, asistente médico o enfermero registrado de práctica avanzada):**

Firma del médico/proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre impreso del médico/proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

### Reconocimiento del padre/tutor legal:

Yo, como padre/tutor, doy permiso a la enfermera de la escuela u otro profesional de la salud calificado o personal capacitado en diabetes para realizar y llevar a cabo las tareas de cuidado de la diabetes como se describe en este Plan de Control Médico de la Diabetes. También doy mi consentimiento para la divulgación de la información contenida en este Plan de Control Médico de la Diabetes a todo el personal de la escuela y otros adultos que sean responsables de mi hijo y que puedan necesitar conocer esta información para mantener la salud y la seguridad de mi hijo. También doy permiso a la enfermera de la escuela u otro profesional de la salud calificado para colaborar con el médico/proveedor de atención médica de mi hijo.

Firma del padre/tutor del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

### Reconocimiento de la enfermera escolar o persona designada:

Enfermera escolar o firma designada: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso de la enfermera escolar o persona designada: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de atención médica/clínica:

N.º de contacto:

N.º de fax:

Dirección de correo electrónico (comunicación no esencial):

Otro: