

Diabetes Medical Management Plan for School Year 2022-23

STUDENT NAME:		DOB:	
Emergencia Contacto #1	Nombre de los padres:	Emergencia Contacto #2	Nombre de los padres:
	Relación:		Relación:
	Teléfono residencial:		Teléfono residencial:
	Teléfono del trabajo:		Teléfono del trabajo:
	Teléfono celular:		Teléfono celular:
Health Care Provider:		Office Contact Person:	
Office Phone:		Office FAX:	
Diagnosis: DIABETES <input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2			
MONITORING (Physician Fill Out)			
Target blood sugar range: 70 mg/dl – 120 mg/dl or 80 mg/dl – 150 mg/dl			
<p style="text-align: center;"><u>BLOOD SUGAR MONITORING</u></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p>	<input type="checkbox"/> Before meals <input type="checkbox"/> For symptoms of hypo/hyperglycemia & anytime student does not feel well <input type="checkbox"/> Before gym/activity <input type="checkbox"/> After gym/activity <input type="checkbox"/> Before dismissal <input type="checkbox"/> Other _____		<input type="checkbox"/> Student requires assistance <input type="checkbox"/> Student requires supervision <input type="checkbox"/> Student is independent <input type="checkbox"/> Permission to self-carry Where performed: <input type="checkbox"/> Clinic <input type="checkbox"/> Classroom <input type="checkbox"/> Other _____
Notify parent/guardian if blood sugar is ▲ 250 mg/dl or ▼ 50 mg/dl			
<u>KETONE TESTING:</u> Check ketones if blood sugar is ▲ 250 mg/dl. Also, when student is ill or complains of nausea /vomiting/abdominal pain. See Page 3			
<i>Notify parent/guardian if ketones are moderate or large. Notify physician if ketones are moderate or large.</i>			
<i>OUT-OF-RANGE BLOOD MANAGEMENT:</i> General guidelines for treating hyperglycemia and hypoglycemia will be followed according to the attached decision trees unless other instructions are specifically detailed by the health Care Provider.			
LOW BLOOD SUGAR (HYPOGLYCEMIA) UNDER 70 mg/dl or 80 mg/dl		HIGH BLOOD SUGAR (HYPERGLYCEMIA) OVER 250 mg/dl	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Check blood sugar ✓ Give 15 grams of fast-acting carbohydrate if blood sugar is ▼70 mg/dl or ____ mg/dl and if the student is conscious and able to swallow. ✓ DOUBLE the amount of carbohydrates to 30 grams if blood sugar is ▼50. ✓ Examples of 15 grams of fast-acting carb. * 4 oz. juice * 3-4 glucose tablets ✓ Retest blood sugar 15 minutes after treating ✓ Repeat treatment if needed until blood sugar is ▲ target blood sugar goal. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Check blood sugar ✓ Check for ketons ✓ Have student drink 6-8 oz. of non-carb liquid every hour ✓ Notify parents and physician if ketones are <i>moderate</i> or <i>large</i> 	

Diabetes Medical Management Plan for School Year 2022-23

GLUCAGON EMERGENCY INJECTION (Physician Fill Out)

If student is unconscious or having a seizure, assume it is a low blood sugar reaction. Call 911 immediately and notify parents.

- Glucagon injection** (circle dose) $\frac{1}{2}$ mg or 1 mg should be given SQ or IM by trained personnel.
- Following injection, turn student on side until fully awake. When alert enough to swallow, give fast-acting carbohydrate as listed above.**

ARTÍCULOS QUE DEBEN SER PROPORCIONADOS POR LOS PADRES INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA SOLICITUD

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medidor de glucosa en sangre /tiras/lancetas/dispositivo de punción <input type="checkbox"/> Viales de insulina, jeringas, bolígrafos, agujas, cartuchos, etc. <input type="checkbox"/> Tiras de prueba de cetonas <input type="checkbox"/> Alimentos con carbohidratos de acción rápida para los bajos <input type="checkbox"/> Medicamentos orales para la diabetes si se ordenan | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bebidas/botellas de agua sin carbohidratos para subidones <input type="checkbox"/> Kit de emergencia de glucagón <input type="checkbox"/> Bocadillos diarios de rutina si se ordenan <input type="checkbox"/> Tabletas de glucosa <input type="checkbox"/> Papeleo para la diabetes y pedidos actualizados |
|--|---|

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD (Padre Leído)

Los padres/tutores son responsables de:

- Notifique al personal de la escuela de todos los cambios en el plan de manejo médico de su hijo.
- Dé permiso para que la enfermera de la escuela consulte con el proveedor de atención médica del estudiante cuando sea necesario.
- Proporcione una cantidad adecuada de todos los suministros necesarios para la diabetes para el estudiante en todo momento.
- Proporcione información actualizada sobre cómo ser contactado si es necesario debido a las necesidades médicas del estudiante.
- Designe a una persona bien informada que estará disponible para ser contactada, y que será responsable del estudiante si la escuela no puede comunicarse con los padres / tutores.
- Asegúrese de que el plan de gestión médica se actualice al menos una vez al año y que la escuela tenga una copia.

El personal de la escuela es responsable de:

- Siga el plan de manejo médico como se describió anteriormente mientras el estudiante está en la escuela.
- Notifique a los padres / tutores de cualquier tratamiento requerido para niveles bajos y / o altos de azúcar en la sangre.
- Proporcione copias de los registros de azúcar en la sangre y la atención brindada a los padres y proveedores de atención médica a pedido.
- Notifique a los padres / tutores cuando sea necesario reponer los suministros.

Si no se proporciona a la escuela un Plan de Manejo Médico de la Diabetes para el año escolar actual, se seguirá el plan más reciente disponible hasta que la escuela reciba uno actualizado.

Signatures: Los siguientes han leído y acuerdan adherirse al plan anterior (y complementar la bomba si usan la bomba). Los padres acuerdan dar permiso a la enfermera de la escuela, al personal capacitado en diabetes y a otros miembros designados del personal de la escuela para realizar y llevar a cabo las tareas de cuidado de la diabetes según lo descrito en el Plan de Manejo Médico de la Diabetes del estudiante. Los padres también dan su consentimiento para la divulgación de la información contenida en este Plan de Manejo Médico de la Diabetes, incluida la foto del niño a todos los miembros del personal y otros adultos que tienen cuidado de custodia del niño y que pueden necesitar conocer esta información para mantener la salud y seguridad del niño.

Health Care Provider:	Date
Parent/Guardian:	Date
Student:	Date
School Nurse:	Date