

Estimado Padre/Gurdian

Para ayudar mejor a su estudiante en la escuela, complete el siguiente cuestionario sobre las habilidades de autocontrol de la diabetes de su estudiante. Envíe el formulario a la oficina de la escuela lo antes posible. Con esta información, las enfermeras del distrito pueden comenzar a desarrollar un plan para ayudar a su estudiante con el cuidado de su diabetes en la escuela.

Los planes de manejo médico de la diabetes deben actualizarse cada año escolar. Para completar este plan de manera oportuna, solicite que el médico de diabetes de su estudiante proporcione las ÓRDENES DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES (DMMO) a la oficina de la enfermera del distrito. Es responsabilidad del padre/guardián proporcionar un DMMO actual a la escuela.(\* La Clínica de Endocrinología Pediátrica del Primary Children's Hospital generalmente le proporcionará este formulario en su visita antes del comienzo del año escolar. Si su estudiante va a un proveedor médico diferente, este formulario se puede encontrar en <https://www.ogdensd.org/depatments/student-health-2>.)

Comuníquese con la enfermera del distrito si tiene alguna pregunta.

Gracias

Telefono: 801-737-8825

Fax: 801-737-8515

**Distrito escolar de la ciudad de Ogden**  
**CUESTIONARIO DE MANEJO DE LA DIABETES PARA LA ESCUELA**

Estudiante:	Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Typo 1 Diabetes <i>or</i> <input type="checkbox"/> Typo 2 Diabetes
Escuela:	Grado:	Edad de diagnóstico: :
Padre/Guardian:	Telefono:	Correo electrónico:
Medico:	Telefono:	Fax:

**DIABETES DEL ESTUDIANTE HABILIDADES DE AUTOGESTIÓN**

<b>Prueba de glucosa en sangre</b> <input type="checkbox"/> Monitor de glucosa en sangre (punción digital) <input type="checkbox"/> Monitor de glucosa continuo	<input type="checkbox"/> El estudiante realiza de forma independiente <input type="checkbox"/> El estudiante requiere supervisión / asistencia Explique: <input type="checkbox"/> El estudiante requiere asistencia completa Explique:
<b>Tratamiento de la hiperglucemia</b>	<input type="checkbox"/> El estudiante realiza de forma independiente <input type="checkbox"/> El estudiante requiere supervisión / asistencia Explique: <input type="checkbox"/> El estudiante requiere asistencia completa Explique:
<b>Tratamiento de la hipoglucemia</b>	<input type="checkbox"/> El estudiante realiza de forma independiente <input type="checkbox"/> El estudiante requiere supervisión / asistencia Explique: <input type="checkbox"/> El estudiante requiere asistencia completa Explique:
<b>Conteo de carbohidratos</b>	<input type="checkbox"/> El estudiante realiza de forma independiente <input type="checkbox"/> El estudiante requiere supervisión / asistencia Explique: <input type="checkbox"/> El estudiante requiere asistencia completa Explique:
<b>Cálculo de la dosis correcta de insulina (carbohidratos de rutina y dosis de corrección)</b>	<input type="checkbox"/> El estudiante realiza de forma independiente <input type="checkbox"/> El estudiante requiere supervisión / asistencia Explique: <input type="checkbox"/> El estudiante requiere asistencia completa Explique:
<b>ENTREGA DE INSULINA (Indique qué tipo de sistema de administración de insulina usa su estudiante en la escuela)</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Insulina por inyección (Con jeringa o bolígrafo)</b>	<input type="checkbox"/> El estudiante realiza de forma independiente <input type="checkbox"/> El estudiante requiere supervisión / asistencia Explique: <input type="checkbox"/> El estudiante requiere asistencia completa Explique:
<input type="checkbox"/> <b>Uso de la bomba de insulina (si es aplicable)</b>	<input type="checkbox"/> El estudiante realiza de forma independiente <input type="checkbox"/> El estudiante requiere supervisión / asistencia Explique: <input type="checkbox"/> El estudiante requiere asistencia completa Explique:

Entiendo que el propósito de este cuestionario es ayudar al equipo de la escuela a determinar las adaptaciones apropiadas para las necesidades médicas de mi estudiante durante el horario escolar. Mi firma también autoriza al proveedor médico, mencionado anteriormente, a enviar las Órdenes de Manejo de Medicamentos para la Diabetes a la enfermera del distrito y permitir la comunicación bidireccional con el proveedor médico sobre la atención médica de mi hijo en la escuela. Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de firma.

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_