

Norfolk Escuelas Publicas Diabetico Plan de Cuidado de Salud

Estudiant Nombre: _____ Escuela: _____ Fecha: _____
 Doctor Cuidado Principal: _____ Numero Telefono _____
 Especialidad Doctor: _____ Numero Telefono _____
 Padre/guardian: _____ Telefono _____ Trabajo: _____ Celular: _____
 Contacto de Emergencia: _____ Telefono _____ **Alergias:** _____

Glucosa de Sangre Seguimiento:

Horas de Probar: _____ Localidad: _____ Meta gama para Glocosa Sangre _____
 Horas hacer extra prueba _____ Estudiante realice propia pruebas de glucose de sangre: Si _____ No _____
 Antes de Ejercicio _____ Tipo de aparato de glucose _____
 Despues de Ejercicio _____
 Chequear glucose de sangre si siguiente señas o simptomias notadas: **Notificar Padres cuando glucose de Sangre este** < _____ o > _____

Chequear Orina acetone si glucose de sangre este > _____

Plan del Diario de Insulina: Insulina dada en escuela: Si _____ No _____ Localidad Surtido: _____

Insulina Tipo:	Dosis	Hora
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Escala Móvil usada:

Dieta preocupaciones/restricciones/del diario horario: Bocadillos/utiles escolares se guardan: _____

media mañana bocadillo _____ Bocadillos Preferidos: _____
 Media-tarde Bocadillo _____
 Bocadillo antes de ejercicio _____
 Bocadillo despues de ejercicio _____
 Otras preocupaciones de dieta _____

Enfermedad o minusvalía concurrente: Medicamentos adicionales _____

Factores social/emocional Relacionados:

Señas y Simptomias especificadas de hipoglucemia (glucose sangre baja) para este estudiante.

<input type="checkbox"/> sudoroso/a	<input type="checkbox"/> cambios de humor	<input type="checkbox"/> dolar de cabeza	<input type="checkbox"/> confundido/a
<input type="checkbox"/> Tembloroso/a	<input type="checkbox"/> palido/a	<input type="checkbox"/> vista borroso/a	<input type="checkbox"/> coordinación pobre
<input type="checkbox"/> hambre	<input type="checkbox"/> debil	<input type="checkbox"/> mareado/a/sentir vértigo	<input type="checkbox"/> otro

Tratamiento Recomendado:

Acción de Emergencia necesaria

Firma:
 Enfermera Escolar: _____

*Padre/guardian: _____

Doctor _____

*Firma requerida

*Por favor notar cuando estudiante es seguido de glucosa de sangre en la escuela, los padres son responsables por proveando, mateniendo, y calibración de equipo del estudiante