

CHILDREN'S/AISD STUDENT HEALTH SERVICES

Diabetes Information from Parent

Dear Parent,

The following information is required to meet the needs of your child. We want to provide good care to your child and deliver treatments effectively, during their time spent at school. **Please schedule a conference with the School Nurse.**

School Nurse: _____ phone # _____ fax # _____

I. Emergency Contact Information

Student's name _____ D.O.B. _____ School _____ Teacher/grade _____

Parent/Guardian _____ Phone(H) _____ Phone(W) _____ Phone(Cell) _____

Address _____

Parent/Guardian _____ Phone(H) _____ Phone(W) _____ Phone(Cell) _____

Address _____

Emergency contact _____ Relationship _____ Phone _____

Diabetes

Physician/Clinic _____ Phone(office) _____ FAX _____

Other

Physician/Clinic _____ Phone(office) _____ FAX _____

II. Student History

A. Age at onset of Diabetes _____

B. What type of Diabetes does your child have? Type 1 Type 2

C. Does your child have an Insulin Pump? Yes No

D. If your child's blood sugar becomes low (he/she has an insulin reaction), what symptoms are usually exhibited?

1. My child usually recognizes these reactions. Yes No

2. Time of day the reaction is most likely to occur _____.

E. How knowledgeable is your child about his/her diabetes and treatment plan? (Circle one)

Very Knowledgeable Knowledgeable Not Knowledgeable

F. How knowledgeable are you about your child's diabetes and treatment plan? (Circle one)

Very Knowledgeable Knowledgeable Not Knowledgeable

III. We will need doctor's orders for the following information:

*Times for Glucose Testing at school, Times for Glucose Testing at home, Current Insulin Orders, Emergency Plan for high/low blood sugar, Meal/Snack Plan, Special Instruction regarding physical activities (P.E., field trips, Track Day)

***Parent will need to communicate all changes in doctor's orders to school nurse.**

Orders must be received in writing from the MD (or via email from the MD).

IV. Parent/Guardian is responsible for keeping adequate amount of diabetes supplies at the school nurse office.

Diabetic supplies should include, but are not limited to the following: glucometer, test strips, ketone strips, snacks and Glucagan emergency kit.

Parent/Guardian is responsible for providing all required equipment for students with pumps.

CHILDREN'S/AISD STUDENT HEALTH SERVICES

Información del padre sobre la diabetes

Estimados padres:

La siguiente información nos ayudará a determinar cualquier necesidad especial de su hijo(a). Queremos tomar buen cuidado de su hijo(a) y darle los tratamientos con eficacia.

Enfermera escolar _____ Fecha: _____

I. Información de contacto en caso de emergencia

Nombre del estudiante: _____ Fec. Nac.: _____

Escuela: _____ Maestro(a)/Grado: _____ Salón: _____

Nombre del padre/custodio _____ Teléfono (casa) _____ Teléfono _____ (celular)
Pager/Localizador _____

Dirección: _____ Tél: (Trabajo) _____

Nombre del padre/custodio _____ Teléfono (casa) _____ Teléfono _____ (celular)
Pager/Localizador _____

Dirección: _____ Tél: (Trabajo) _____

Contacto telefónico en caso de emergencia: _____

Médico al cuidado de la diabetes: _____ Tél.: _____

Otro médico: _____ Tél.: _____

II. Historia del estudiante

A. Edad cuando se presentó la Diabetes _____

B. ¿Qué tipo de diabetes tiene su hijo(a)? Tipo 1 Tipo 2

C. ¿Tiene su hijo(a) una bomba de insulina? Sí No

¿Sí?, Haga una cita para tener una **conferencia** con la enfermera de la escuela.

D. Cuando el nivel de azúcar de la sangre (glucosa) de su hijo(a) está debajo de lo normal (él/ella tiene una reacción de insulina), por lo general, ¿qué síntomas se observan?

1. Por lo general mi hijo(a) reconoce estas reacciones. Sí (explicar)
 No (explicar)

2. Hora del día en que es más probable que ocurra la reacción: _____

E. ¿Qué tan informado está su hijo sobre su diabetes y el plan de tratamiento?

(Encierre en un círculo la respuesta.)

Muy informado Informado No está informado

F. ¿Qué tan informado está usted sobre la diabetes y el plan de tratamiento de su hijo?

(Encierre en un círculo la respuesta.)

Muy informado Informado No está informado

CHILDREN'S/AISD STUDENT HEALTH SERVICES

III. Se requieren órdenes médicas para la siguiente información:

- A. Horario para hacer la prueba de glucosa en la escuela
- B. Horario para hacer la prueba de glucosa en la casa
- C. Órdenes médicas actuales para el uso de insulina
- D. Plan de emergencia en caso de tener la glucosa alta o baja
- E. Plan de alimentos y meriendas
- F. Instrucciones especiales sobre actividades físicas (P.E., excursiones escolares, día de pista y campo)

***Los padres comunicarán todos los cambios en las órdenes médicas a la enfermera de la escuela.**

IV. Padres/custodios son responsables de mantener la cantidad adecuada de suministros para el control de la diabetes en la oficina de la escuela. Los suministros deben incluir, pero no limitarse a: glucómetro, tiras o cintas de prueba, tiras reactivas.

Facilitar a la escuela un Estuche Glucagon de Emergencia (Glucagon Emergency Kit).

- V. ¿Viajará su hijo(a) en autobús para regresar a su casa?** Sí, # del autobús _____
 No

VI. Comentarios adicionales:

VII. Autorización de padres/custodios:

A. Revelar información médica por parte del doctor

Yo autorizo a _____ para dar a conocer por fax o teléfono información relacionada
Oficina del doctor
con la diabetes de mi hijo(a) _____, que asiste a la escuela _____
Nombre del estudiante
a Children's/AISD Student Health Services, fax (512) 406-6543.

Firma del padre/madre/custodio

Nombre

Fecha

B. Consentimiento para Comunicarse con el Médico y Consentimiento de Tratamiento Médico

1. Consiento en permitir a Children's/AISD Student Health Services para que se comunique con la oficina del doctor de mi hijo(a) tocante a la diabetes de mi hijo(a).
2. Yo, el abajo firmante, padre/madre/custodio de _____ solicito que se utilice con mi hijo(a) el plan de Manejo y Tratamiento de Diabetes, mencionado con anterioridad. La entrega de este formulario a la enfermera de la escuela constituye mi participación en la elaboración de este plan, y es mi consentimiento para su implementación. Avisaré de inmediato a la escuela si hay un cambio en el estado de salud de mi hijo(a), de médicos, en la información de contacto en caso de emergencia, si se cancela el proceso o algo más. Información tocante al manejo de la diabetes de mi hijo(a) puede ser compartida y obtenida de los proveedores de salud de la diabetes.

Firma del padre/madre/custodio

Nombre (letra de molde)

Fecha

CHILDREN'S/AISD STUDENT HEALTH SERVICES

C. Autorización para la Administración del Manejo de Diabetes y Servicios de Cuidado por un Auxiliar sin Licenciatura del Cuidado de Diabetes [Unlicensed Diabetes Care Assistant (UDCA)]

Información a los padres

La 79ª Legislatura de Texas, mediante la Ley 984, enmendó el Código de Salud y Seguridad para establecer requisitos más específicos tocante a la provisión de manejo de diabetes y servicios de cuidado a estudiantes en escuelas públicas, los cuales requieren atención médica para la diabetes mientras están en la escuela. Según la ley HB 984, cada escuela también debe capacitar a otros empleados para funcionar como Auxiliar sin Licenciatura del Cuidado de Diabetes, el cual puede proporcionar manejo de diabetes y servicios de cuidado cuando no hay una enfermera disponible y un estudiante requiere atención médica. Estos servicios incluyen la administración de insulina, o en caso de emergencia, de glucosa. AISD ha entrenado a personal en cada escuela para proporcionar esos servicios.

Además, la HB 984 especifica que un Auxiliar sin Licenciatura del Cuidado de Diabetes ejerce su buen juicio y discreción al proporcionar servicios de cuidado de diabetes; y que no hay nada en el estatuto que limite la inmunidad a la responsabilidad concedida a empleados según la sección 22.0511 del Código de Educación de Texas.

Sírvase marcar abajo el cuadro apropiado para indicar su elección: 1. Permitir que un Auxiliar sin Licenciatura del Cuidado de Diabetes proporcione servicios de cuidado a su hijo; 2. Cuidar de sí mismo; 3. Revelar/dar a conocer la enfermedad de su hijo:

SÍ: Acuerdo de servicios: Autorizo a un Auxiliar sin Licenciatura del Cuidado de Diabetes para que proporcione manejo de diabetes y servicios de cuidado a mi hijo en la escuela. Entiendo que un Auxiliar sin Licenciatura del Cuidado de Diabetes no será culpable por daños civiles según la sección 22.0511 del Código de Educación de Texas.

NO: YO NO autorizo a un Auxiliar sin Licenciatura del Cuidado de Diabetes a proporcionar manejo de diabetes y servicios de cuidado a mi hijo en la escuela.

SÍ: Mi hijo puede manejar independientemente su propio cuidado de diabetes y no pedirá ayuda para controlar su diabetes mientras esté en la escuela. Entiendo que una enfermera de la escuela le dará cuidado médico en caso de emergencia. Esta información puede ser compartida con el personal del distrito escolar según sea necesario.

SÍ: Pido que se les informe a los compañeros de clase de mi hijo sobre su diabetes, y que se les dé instrucción apropiada sobre el cuidado de diabetes según la edad, de manera que entiendan la importancia de los síntomas y los tipos de intervención que pueden ocurrir en el salón de clases.

Firma del padre/madre/custodio

Nombre en letra de molde

Fecha