

# PLAN DE TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN LA ESCUELA

Para ser completado por los padres o el tutor legal

Nombre del niño:

---

Fecha de nacimiento:

---

Nombre de la madre:

---

Nombre del padre:

---

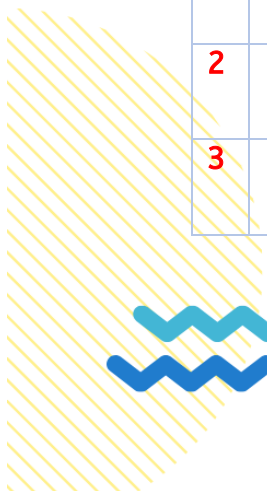
Edad del niño en el momento del diagnóstico:

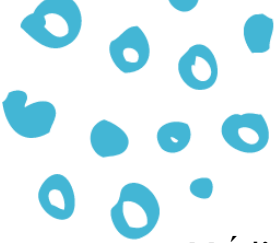
---

**Números telefónicos de contacto:**

(Liste por orden las llamadas que deben hacerse y anote si es el padre, un amigo o un cuidador y si el número es de casa y/o del trabajo. Anote también si cada persona tiene autoridad legal para responder en una situación de urgencia.)

	Número	Nombre	Relación	Lugar	Autoridad
1					
2					
3					





Médico de Asistencia Primaria:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Otros proveedores de servicios sanitarios:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## CONTROL

Horas habituales de control de glucosa en sangre:

- Mañana
- Mediodía
- Tarde
- Noche
- Otros: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo un lugar preferido para hacerse el control (aula de clase, casa, centro de salud, etc. )?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nivel óptimo para la glucosa en sangre:

Entre :  y





Si está por **debajo** de                     , por favor haga lo siguiente: ↻

---

---

---

Llamar a los padres si está por debajo de:                      ↻

Tel : \_\_\_\_\_

Los signos/síntomas habituales de un nivel bajo de glucosa en sangre son:

---

---

---

### NIVELES ALTOS

Si está por **encima** de                     , por favor haga lo siguiente: ↻

---

---

---

El nivel de glucosa en sangre en el que se miden las **cetonas**:                     

Llamar a los padres si está por **encima** de:                      ↻

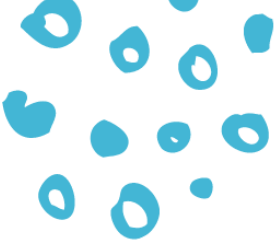
Tel: \_\_\_\_\_

↻  
Los signos/síntomas habituales de un **nivel alto** de glucosa en sangre son:

---

---





## La insulina

¿Necesita insulina todos los días en la escuela?

- Sí
- No

Si la insulina es necesaria en cualquier otro momento, por favor, indique la hora, la cantidad y las circunstancias para la administración de insulina:

---

---

---

## ALIMENTACIÓN

¿Participará su hijo en el desayuno y/o almuerzo en la escuela?

- Sí
- No

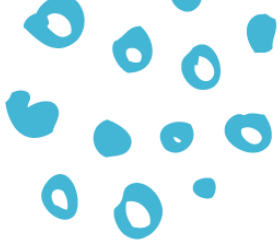
Si la respuesta es sí, ¿se necesitarán modificaciones al menú regular?

- Sí
- No

¿Cuáles son las horas habituales de comidas/refrigerios?

- Desayuno
- Media mañana
- Almuerzo
- Media tarde
- Cena
- Hora de dormir





## EJERCICIO

¿Cuáles son las actividades físicas favoritas de su hijo?

---

---

¿Participará su hijo en los deportes escolares?

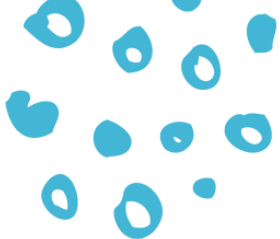
- Sí
- No

## AUTOCONTROL

Por favor, ponga una X en la casilla que mejor describe el papel de su hijo:

	Lo hace solo	Lo hace con supervisión	Los padres ayudan	Lo hace el padre o la madre
Se pincha el dedo				
Pone la tira reactiva en el monitor (glucometro)				
Lee el monitor (glucometro)				
Registra el resultado				
Ajusta los alimentos en función del resultado				
Ajusta la insulina en función del resultado				
Sabe qué alimentos debe limitar				
Puede seleccionar el tipo y la cantidad de los alimentos				
Ayuda a planificar las comidas				
Selecciona el sitio de inyección de la insulina				
Se prepara para la inyección, selecciona el sitio				
Determina la cantidad y el tipo de insulina				
Mide la insulina				
Se inyecta la insulina				
Mide las cetonas				





## FIESTAS Y ALIMENTOS O COMIDAS ESPECIALES

Desea que le notifiquemos cualquier evento con anterioridad?

- Sí
- No

## Instrucciones adicionales para la escuela

### URGENCIAS

¿Qué es lo que usted considera que debe ser tratado como una urgencia?

---

---

---

¿Qué quiere que haga la escuela en caso de una urgencia?

---

---

---

---

Otras observaciones:

---

---

Este documenteo fue escrito por Federación Internacional de Diabetes,  
(Adaptado de las Recomendaciones para el Tratamiento de la Diabetes de los  
Niños en la Escuela - Departamento de Salud de Vermont)

