

Condado de Anne Arundel
Programa de Servicios de Salud en las Escuelas

PETICIÓN DE PADRES PARA TRATAR LA DIABETES EN LA ESCUELA
FORMULARIO PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE O GUARDIAN

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
(APELLIDO) (NOMBRE) (PRIMER DEL SEGUNDO NOMBRES)

Nombre de la Escuela: _____ Grado: _____ Año Escolar: _____

En orden para que mi niño(a) reciba tratamiento en la escuela, estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Todos los medicamentos recetados tendrán una orden firmada por el médico llena completamente para cada año escolar.
- El medicamento recetado estará en un recipiente rotulado por el farmacéutico o médico con:

Nombre del niño. Nombre del Medicamento. Dosis, rutina y horario de administración.

Nombre del médico. Fecha recetado y fecha de expiración. Condiciones para el almacenamiento apropiado

- El medicamento deberá ser llevado a la escuela por un adulto.
- El médico será contactado por teléfono en el acontecimiento de alguna pregunta con respecto al medicamento de mi niño(a)
- La primera dosis de este medicamento ha sido suministrada sin ningún problema (excepto el Glucagon)

Habiendo leído las condiciones anteriores, Yo le pido al personal de servicios de Salud en las Escuelas del Condado de Anne Arundel que suministren el medicamento recetado a continuación por el médico. Yo certifico que tengo autoridad legal para consentir el tratamiento médico para el estudiante nombrado arriba en esta página, incluyendo el suministro de medicamento en la escuela. Yo entiendo que este procedimiento será conducido usando los procedimientos de enfermería rutinarios. Si el procedimiento no es complicado y la condición de mi niño(a) es estable; la enfermera de la escuela puede, a su discreción, enseñar este procedimiento a personal no licenciado. El personal de la escuela o de salud puede asistir hacia la independencia en el cuidado si es indicado.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Relación al estudiante: _____
Número de Teléfono (casa) _____ (trabajo) _____ otro: _____
Dirección: _____

AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER'S WRITTEN AUTHORIZATION

Please check all boxes that apply and complete orders: Begin services on _____, End Services on _____.

1. Blood Glucose Testing

Before am snack Before lunch Before PE 2 hours after a correction dose For suspected hypoglycemia/hyperglycemia

2. Hypoglycemia - TREAT ACCORDING TO HEALTH CARE ACTION PLAN WHEN SYMPTOMATIC OR WHEN BLOOD GLUCOSE IS LESS THAN 70.

Glucagon injection _____ dosage, SQ/IM, for loss of consciousness, seizures or inability to swallow, if RN or LPN is available.

3. Hyperglycemia - TREAT ACCORDING TO HEALTH CARE ACTION PLAN.

4. Insulin

Brand of insulin _____

Give _____ units of insulin SQ at lunch. Insulin dose based on carbohydrate intake: Give _____ units of insulin SQ per _____ gms of carbohydrates at lunch. Correction factor: At lunchtime give _____ units of insulin SQ for every _____ mg/dl above _____ mg/dl.

Correction scale SQ as follows: Use correction scale at lunchtime and _____ .
Blood Glucose from _____ to _____ mg/dl = _____ Units Blood Glucose from _____ to _____ mg/dl = _____ Units
Blood Glucose from _____ to _____ mg/dl = _____ Units Blood Glucose from _____ to _____ mg/dl = _____ Units
Blood Glucose from _____ to _____ mg/dl = _____ Units Blood Glucose from _____ to _____ mg/dl = _____ Units

Student is independent in insulin self-administration (school nurse and parent must verify competency).

5. Insulin Pump

Type of pump: _____ Type of insulin: _____

Bolus Administration times: _____

Please note: Pump users will need bolus insulin at prescribed times. Refer to #4 for bolus insulin orders for pump users.

Additional orders: _____

Physician's Signature: _____ Date: _____

Original signature/NO stamps

Physician's Name (Printed): _____

Address: _____

Telephone Number: _____

Order Reviewed _____ R.N. Date _____