

Plano Independent School District School Health DIABETES MEDICAL MANAGEMENT PLAN

Name (Nombre): _____ DOB (F.de Nac.): _____ ID#: _____
 School (Escuela): _____ Gr. / Tea. (Grado /Tutor): _____ School Year (año de escolar) _____

Diagnosis: *Type I Diabetes Mellitus*

Procedures: (parent to provide supplies for all procedures)

- a. Test blood before lunch and as needed for sign/symptoms of hypoglycemia and/or illness.
- b. Test urine ketones when blood glucose is over 250 mg/dl and/or when child is ill.
- c. Please circle type of insulin: _____ Regular _____ Humalog _____ Novolog _____ Apidra
 Insulin to Carbohydrate Ratio: _____ unit of insulin per _____ grams of carbohydrate plus correction scale prior to lunch
 Fixed dose: _____ units of insulin plus correction scale prior to lunch

Correction Scale: For BG below _____ no additional insulin

For Blood Glucose ranging from	To	Give this much extra insulin
BG _____	BG _____	_____ units SQ
BG _____	BG _____	_____ units SQ
BG _____	BG _____	_____ units SQ
BG _____	BG _____	_____ units SQ

Notify parent if blood glucose is over _____

Insulin Pump - Insulin to Carbohydrate Ratio: _____ unit of insulin per _____ grams of carbohydrate prior to lunch or snack (Correction dose calculated by insulin pump).

- d. Child to eat lunch following pre-lunch test and insulin administration.

Precautions:

- a. **HYPOGLYCEMIA (< 70 mg/dl):** Signs of hypoglycemia include trembling, sweating, shaking, pale, weak, dizzy, sleepy, lethargic, confusion, coma or seizures. See treatment chart on the following page.
- b. **HYPERGLYCEMIA (> 250 mg/dl):** Signs include frequency of urination and excessive thirst. See the treatment chart on the following page. (Note: Deep rapid respirations combined with a fruity odor to the breath and positive urinary ketones are signs of ketoacidosis. This is an emergency. Notify parent.

Meal Plan:

Breakfast: _____ carbohydrate grams
 Mid AM Snack: _____ carbohydrate grams
 Lunch: _____ carbohydrate grams
 Mid PM Snack: _____ carbohydrate grams

GUIDELINES FOR RESPONDING TO BLOOD GLUCOSE TEST RESULTS

If blood glucose **70 to 250** mg/dl, follow usual meal plan, ordered lunch time insulin, and daily activities unless otherwise directed.

Hypoglycemia Treatment Plan:

If blood glucose is **BELOW 70** mg/dl and child is alert and able to swallow:

- A. Give 15 grams carbohydrate (CHO), examples include but are not limited to:
 - 6 lifesavers
 - 4 ounces of juice
 - 6 ounces regular soda (not diet)
 - 4 glucose tablets
- B. Allow child to rest 10 to 15 minutes and retest blood glucose
- C. If blood glucose remains below 70 mg/dl, repeat A and B
- D. After 3rd treatment for blood glucose and level remains below 70 mg/dl, contact parent
- E. If it is snack or lunch time, allow child to eat snack or meal

Insulin pump: Suspend pump after 2nd treatment if glucose is < 70 mg/dl. Resume pump when >70 mg/dl. Notify parent as needed.

If blood glucose is **BELOW 70** mg/dl and the child is **unconscious or seizing**:

- A. Enact school emergency response plan – Call 911 and notify parents
- B. If available: **inject Glucagon _____ mg subcutaneously**
- C. If seizing, follow seizure protocol.

Hyperglycemia Treatment Plan:

If blood glucose is **OVER 250** mg/dl:

- A. Test urine for ketones.
- B. If ketones are **NEGATIVE**:
 - Child may participate in usual activities.
 - Encourage water or calorie-free liquids.
 - Allow access to restroom.
 - If meal time, follow insulin orders and usual meal plan.
- C. If ketones are **POSITIVE** (small, moderate or large):
 - Encourage water or calorie-free liquids.
 - If occurring at lunch-time, give insulin per orders.
 - Retest glucose and ketones every 2 hours, or until ketones are negative.
 - No physical activity until ketones are negative.
 - Notify parents if blood glucose if over 400 mg/dl, large ketones, nausea/vomiting, deep rapid respirations and/or fruity odor to the breath.

Insulin pump: Notify parent of high glucose, moderate or large ketones and/or no improvement within two hours following intervention.

Physician Consent for Self Administration of Diabetes Care

I have instructed the student named here in the proper procedure for diabetes care. It is my professional opinion that this student **should** / **should not** (check one) be allowed to carry and perform the tasks related to diabetes while on school property or at school-related events.

Physician Initials _____

Physician Consent for Care by Unlicensed Diabetes Care Assistant

Per Texas House Bill 984, a “Diabetes Care Assistant” designated by the principal and instructed in diabetes care, may administer diabetes treatments, medication or procedures if a licensed health care professional is not available.

Physician’s Name: _____ **Phone:** _____

Physician’s Signature: _____ **Date:** _____

**EVALUACIÓN DEL PADRE DE LAS DESTREZAS DEL ALUMNO DE
AUTOCONTROL DE LA DIABETES y Consentimiento**

Destrezas: Insulina por Jeringa, Aplicador, Frasco ampolla y jeringa	Independiente, con destrezas y control de Diabetes	Requiere supervisión	Requiere asistencia	Depende de personal entrenado para los cuidados de Diabetes
Preparación de la insulina				
Aplicación de la inyección				
Realización de la prueba de glucosa				
Realización de la prueba de cuerpos cetónicos				
Cálculo de la proporción de carbohidratos/insulina				
Reconocimiento/tratamiento de hipoglicemia y/o hiperglicemia				

Destrezas: Bomba de insulina	Independiente con destrezas y control de Diabetes	Requiere supervisión	Requiere asistencia	Depende de personal entrenado para los cuidados de Diabetes
Cálculo/aplicación del bolo de insulina y dosis de corrección				
Resolución de problemas de hiperglicemia				
Uso de inyecciones SQ cuando lo indica el DMMP				
Preparación/inserción de la sonda (catéter) o bomba tipo "pod"				
Realización de la prueba de glucosa				
Realización de la prueba de cuerpos cetónicos				
Cálculo de los carbohidratos				
Reconocimiento y tratamiento de hipoglicemia/hiperglicemia				
Identificación de alarmas y fallos y su solución				

Consentimiento del padre para la autoaplicación de cuidados de Diabetes

Yo, el padre/madre/tutor del alumno indicado, sí / no (señale uno) concuerdo con su doctor en permitir a mi hijo portar y realizar lo necesario para sus cuidados de diabetes. Si mi hijo porta su propio, entiendo que la clínica escolar no tendrá su equipo personal para diabetes a menos que yo provea a la escuela uno adicional, por si acaso mi hijo se olvida del suyo. Entiendo que la enfermera escolar también evaluará el conocimiento y la capacidad de mi hijo de identificar los síntomas y autoadministrar su cuidado de diabetes. **Iniciales del padre**

Consentimiento del padre/tutor para que personal auxiliar no acreditado aplique cuidados de Diabetes

Yo sí / no (marque uno) autorizo al Distrito designar personal auxiliar no acreditado (UAP) que ha sido capacitado por un profesional médico, incluyendo, entre otros, personal médico de urgencia, un doctor médico y/o enfermera acreditada, para que preste servicios de Diabetes a mi hijo mientras esté presente en el ISD de Plano o en un evento relacionado con el ISD de Plano (como paseos escolares y eventos deportivos), cuando es posible que no haya disponible un profesional médico entrenado. Entiendo que no es posible proveer a mi alumno ningún servicio médico relacionado con la escuela sin mi consentimiento requerido, como se explica aquí. **Iniciales del padre** _____

Consentimiento del padre/tutor a la revelación de datos y fotografía

Yo sí autorizo / no autorizo (señale uno) al ISD de Plano exhibir una fotografía de mi hijo e indicar que es una persona con diabetes. Entiendo que el personal escolar que tienen trato con mi hijo recibirá información acerca de (naturaleza de la condición / diabetes) que le ayudará en una situación de urgencia. Esto puede incluir, pero no se limita a: personal de la oficina de salud y sus suplentes, maestros y auxiliares de salón, maestros de asignaturas especiales, maestros suplentes, personal de oficina, personal de comedor y conductores de autobús. Entiendo que el motivo de eso es de permitir al personal escolar a mejor prevenir y responder a posibles emergencias. Esta autorización está vigente desde la fecha de su firma hasta terminar el año escolar. **Iniciales del padre** _____

Autorización del padre/tutor para que el personal escolar comunique datos medicos

*Autorizo a los representantes del Distrito, incluyendo los profesionales médicos y UAPs del Distrito, a compartir con el profesional médico o proveedor de salud identificado anteriormente, u obtener de dicha persona, los datos médicos de mi alumno a fin de planificar, implementar o aclarar las acciones necesarias en la administración de servicios escolares relacionados con la salud, que incluyen entre otros: cuidados de emergencia, cuidado para cualquier diagnóstico documentado, tratamientos médicos según se detallan en el IHP del alumno, su plan 504, IEP u otro formulario de PISD que solicite servicios médicos escolares. Con mi firma en esta Autorización, reconozco plenamente que la información utilizada o divulgada en conformidad con esta Autorización podría estar sujeta a divulgación secundaria por las personas aquí autorizadas y la(s) persona(s) con quien(es) se comunican, y dejar de ser protegidos por las reglas de HIPAA. Entiendo que dicha divulgación secundaria podría ser inapropiada, causarme vergüenza, causar disputas familiares, ser mal interpretado por profesionales no médicos, y de otra forma causarme a mí y mi familia diferentes formas de daño. Por la presente exoneró a cualquier Proveedor Médico que actúa confiado en esta Autorización, contra cualquier responsabilidad que pudiese resultar de la divulgación de Datos médicos que permiten la identificación de mi hijo. No se proveerá al alumno los servicios escolares relacionados a la salud descritos en este documento sin el consentimiento del padre/tutor, según se explica aquí. **Iniciales del padre** _____*

Exoneración del padre/tutor de cualquier reclamación contra el Distrito y Acuerdo de mantener indemne

Al grado que permite la ley, a nombre mío y del alumno, libero y acepto defender, mantener indemne y sacar en paz y a salvo al Distrito contra cualquier reclamación, daño, demanda, o acción que de manera directa o indirecta resultara de, estuviera relacionado con, o surgiere de, la administración de cuidados de Diabetes al alumno y/o la autoaplicación del Alumno de los cuidados de Diabetes. Esta exoneración debe ser interpretada de la forma más amplia posible. Incluye la exoneración de reclamos hechos contra el Distrito por razón de desatención o responsabilidad objetiva, única o mancomunada, exclusiva o coadyuvante, incluyendo responsabilidad que resulta de la supuesta infracción de alguna ley (aparte de las responsabilidades que protegen contra la discriminación por motivo de raza, edad, sexo u otra categoría que históricamente ha sufrido discriminación), que nace de, es relacionada con, o surge de, directa o indirectamente, la administración al alumno, por el Personal Escolar, de los cuidados de Diabetes, o la divulgación de Datos médicos personales que permiten la identificación del alumno e incluyen, entre otras, acusaciones de que el Personal Escolar no haya evaluado correcta y suficientemente el conocimiento y la capacidad de mi hijo de identificar las síntomas y autoadministrar los cuidados de Diabetes, por negligencia no haya reconocido síntomas que requieren de cuidados de Diabetes, haya malinterpretado síntomas que creía obligaban el uso de los cuidados de Diabetes, por negligencia haya administrado o no administrado cuidados de Diabetes y/o haya "sobre divulgado" los datos de salud de mi hijo. Iniciales del padre _____

Nombre el padre _____ **Teléfono** _____
Firma del padre _____ **Fecha** _____