



**SCHOOL HEALTH PROGRAM**  
**Orange County Schools**  
200 East King Street  
Hillsborough, NC 27278

**Plan de Atención para Diabéticos (DCP)**

Este plan debe ser completado por el equipo personal de atención médica de la diabetes del estudiante, incluyendo a los padres/guardianes. Debe revisarse con el personal escolar pertinente y deben guardarse copias en un lugar al que puedan acceder fácilmente la enfermera de la escuela, el personal de diabetes capacitado y otro personal autorizado.

**Objetivo Educativo:** El estudiante mantendrá la salud y el bienestar necesarios para el aprendizaje. El estudiante alcanzará y mantendrá los niveles de glucosa en la sangre dentro de su rango objetivo individual para permitirle alcanzar sus metas académicas y prevenir crisis. El personal trabajará con el estudiante y los padres/guardianes en la prevención de episodios recurrentes de hipo/hiperglucemia y recalcará la importancia de cumplir con el régimen de diabetes según lo prescrito por el proveedor de atención médica.

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
Escuela \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_ Maestro/Grado \_\_\_\_\_  
Fecha del diagnóstico de la diabetes \_\_\_\_\_  Tipo 1  Tipo 2  
El estudiante va en el autobús # \_\_\_\_\_ Viaja en auto  Si  No Estudiante conductor  Si  No  
Actividades después de la escuela  Cuidado después de la escuela  Deportes  Banda  Otro \_\_\_\_\_  
Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ #s de teléfono \_\_\_\_\_  
Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ #s de teléfono \_\_\_\_\_  
Otro contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ #s de teléfono \_\_\_\_\_

**El padre/guardián es responsable de proporcionar todos los suministros de pruebas/medicamentos, refrigerios de carbohidratos y medicamentos/insulina.**

Yo, (padre/guardián), doy permiso a la enfermera de la escuela, a otro profesional de la salud calificado o personal de diabetes capacitado para realizar y llevar a cabo las tareas de atención de la diabetes como se describe en este Plan de Atención Diabética. También doy mi consentimiento para la divulgación de la información contenida en este Plan de Atención Diabética a todos los miembros del personal de la escuela y otros adultos que tienen la responsabilidad de mi hijo y que pueden necesitar conocer esta información para mantener la salud y seguridad de mi hijo. También doy permiso a la enfermera de la escuela u otro profesional de la salud calificado para comunicarse con el médico/proveedor de atención médica de mi hijo para obtener cualquier información relacionada con el cuidado de la salud. Acepto proporcionar el equipo y los suministros necesarios a la enfermera de la escuela y proporcionar información sobre el estado de salud del estudiante y/o la gestión médica actualizada.

**Me niego a tener este plan de cuidado diabético individualizado para mi hijo. En caso de emergencia, entiendo que se llamará al servicio de emergencias (911) y que no se administrará ningún medicamento sin una orden del médico.**

Aprobado por: \_\_\_\_\_  
Médico del estudiante/Proveedor de atención médica Fecha  
Aprobado por \_\_\_\_\_  
Padre/Guardián del Estudiante Fecha  
Received by: \_\_\_\_\_  
Enfermera de la Escuela Fecha