



Children's National

## Procedimiento para los Formularios Escolares

2019-2020

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Queremos hacer nuestro mejor esfuerzo para asegurarnos que su hijo(a) tenga un nuevo formulario escolar **ANTES** del inicio del año escolar **2019/2020**. Por favor complete toda la información solicitada en la parte trasera, incluyendo la firma y fecha. **Si falta información, la devolución del formulario escolar se retrasa hasta que recibamos toda la información requerida en el formulario.**

### Cambios de este año:

- No habrá ningún cargo por los formularios de la escuela de este año.
- Los formularios escolares completarán por una enfermera de la diabetes lo más pronto posible, después de que recibamos una solicitud para el formulario escolar. Nuestro objetivo es completar las solicitudes de formularios escolares dentro de 2 semanas después de haber recibido la solicitud.
- Tiene la opción de completar el formulario y enviarlo a través de correo electrónico a nuestra oficina ([DiabetesTeam@childrensnational.org](mailto:DiabetesTeam@childrensnational.org)) en cualquier momento antes del inicio del año escolar.
- Si no tiene una dirección de correo electrónico, puede llamar a la oficina y pedir que se le envíe un formulario por correo o fax. Puede recoger un formulario en el hospital principal o a cualquiera de las ubicaciones de la clínica de diabetes.
- Los formularios de la escuela se enviarán por correo electrónico así que asegúrese que la dirección de correo electrónico que usted proporcione a continuación sea clara y legible. Si no tiene una dirección de correo electrónico, los formularios completados serán enviados por correo o por fax a usted o a la escuela. Déjenos saber nuevamente cómo desea recibir el formulario.
- Si no ha sido visto en la clínica de diabetes en los últimos 6 meses, no se le enviará un formulario escolar hasta que se haya programado una cita.
- Llame a la oficina principal al 202-476-2121 y haga una cita.
- Un formulario temporal de la escuela puede ser enviado por correo electrónico a usted o a la escuela. Este formulario sólo será válido hasta la fecha que haya programado su cita o hasta que su hijo(a) sea visto por un proveedor.

Recuerde, si usted no tiene un formulario escolar, las escuelas pueden negar el ingreso de su hijo(a) a la escuela.



Children's National **Solicitud del Formulario de la Escuela**  
(etiqueta)

**2019-2020**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del correo electrónico: (por favor escriba claramente) \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Cuales medicamentos de la Diabetes y otros medicamento(s) toma su niño(a):

**Medicamentos:**

Insulina: (si se utiliza)      Basal: NPH      Basaglar      Lantus      Toujeo      Tresiba  
Levemir  
Bolo: Regular      Novolog      Fiasp      Humalog      Admelog      Apidra

Dados a través de:      Lapicero      Jeringa      Pompa      Si usa la pompa,  
nombre: \_\_\_\_\_

**Dosificación:** Llene las columnas (incluyendo las horas usuales) para cada dosis (insulina de acción rápida) en bolo que toma:

Hora (hora am/pm)	Dosis Fija (unidades)	Relación de Carbohidratos/Insulina Ejemplo (1:10)	Relación de Factor de Corrección Ejemplo: 1:25(150) (incluyendo el objeto de bs)	Rango normal de unidades usadas si se utilizan las relaciones	Escalas si se utilizan
Desayuno:					
Refrigerio:					
Almuerzo:					

Refrigerio:					
Cena:					
Refrigerio antes de acostarse:					

¿Cuál es la dosis de insulina basal que utiliza (si lo haces) y cuando se lo da? \_\_\_\_\_

**Tasas basales para la bomba (si se utiliza):**

Hora	Frecuencia	Hora	Frecuencia	Hora	Frecuencia

**Otros medicamentos tomados (incluyendo las pastillas para la diabetes) y la dosis**

Medicamento(s)	Dosis	Hora que se toma

¿Su hijo(a) usa insulina del desayuno en la escuela?                      Sí                      NO

¿Su hijo(a) ajusta la dosis de insulina de la comida antes de: gimnasio/educación física?    Sí                      NO

Si ajusta la insulina por favor descríballo:

\_\_\_\_\_

Por favor marque la casilla que muestra las habilidades de autocuidado de diabetes de su hijo(a):	Independiente	Necesita asistencia/ Supervisión	Personal de la escuela debería	N/A
Examen del nivel de azúcar de la sangre (incluyendo la interpretación de los resultados de la prueba)				
Tratar a los niveles bajos leves				
Contando los carbohidratos				
Calculación de la dosis de insulina				
Medir la insulina (jeringa o lapicero)				
Administrar su propia Insulina por lapicero				

/jeringa				
<b>Nombre de CGM: (si es utilizado)</b>				
Alerta Alta: _____ Alerta Baja: _____				
<b>Nombre de la Pompa de Insulina: (si es utilizado)</b>				
Reconectar la pompa de la zona				
Bolo vía la pompa				
Preparar e insertar el juego de infusión/Pod				
Desconecte la pompa				
Programar la Tasa Basal Temporal				
Resolver problemas/fallos				
Suspender pompa				

Yo doy permiso para que el equipo de diabetes hable con la enfermera de la escuela según sea necesario

---

Firma del Padre/Madre

Fecha