

SOLICITUD DE LOS PADRES PARA TRATAR LA DIABETES EN EL PROGRAMA DE RECREACIÓN

PARA COMPLETAR POR EL PADRE/TUTOR

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

Nombre del programa: _____ Grado: _____ Sesión: _____

Para que mi hijo/a reciba tratamiento en un Programa de Recreación, acepto lo siguiente:

- Todos los medicamentos recetados tendrán una orden firmada por el médico. **completamente** completado para cada sesión.
- El medicamento recetado estará en un envase etiquetado por el farmacéutico o médico con:
Nombre del Niño/a Nombre del Medicamento, Dosis, vía y hora de administración. Nombre del médico, fecha de prescripción y fecha de vencimiento. Condiciones para un almacenamiento adecuado.
- El medicamento será traído al programa por un adulto.
- Se llamará al médico si surge alguna pregunta sobre la medicación de mi hijo/a.
- La primera dosis de este medicamento (a excepción de Glucagón) se ha administrado sin problemas.

Habiendo leído las condiciones anteriores, solicito que el personal de Servicios de Salud de Parques y Recreación del Condado de Anne Arundel administre el medicamento según lo prescrito por el médico a continuación. Certifico que tengo autoridad legal para dar consentimiento para el tratamiento médico del estudiante mencionado anteriormente, incluida la administración de medicamentos en un programa de recreación. Entiendo que este procedimiento se realizará utilizando procedimientos de enfermería estándar. Si el procedimiento no es complicado y la condición de mi hijo/a es estable; la enfermera del programa puede, a su discreción, enseñar este procedimiento al personal sin licencia. El personal de salud del programa puede ayudar a lograr la independencia y la atención si está indicado.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Relación con el participante: _____
Número de teléfono: casa _____ Celular _____ Otro _____
Dirección: _____

AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA AUTORIZADO

Marque todas las casillas que correspondan y complete los pedidos: Comienzan los servicios el: _____.

Finalizar servicios el: _____.

1. Prueba de glucosa en sangre _____

Antes de la merienda de la mañana Antes del almuerzo 2 horas después de una dosis correctora. En caso de sospecha de hipoglucemia/hiperglucemia

2. Hipoglucemia

TRATAR SEGÚN EL PLAN DE ACCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA O SI LA GLUCOSA EN SANGRE ES MENOS DE 70.
Inyección de glucagón _____ dosis _____ vía para pérdida del conocimiento, convulsiones o incapacidad para tragar si hay disponible un RN o LPN

3. Hiperglucemia

TRATAR SEGÚN PLAN DE ACCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA.

4. insulina

Marca de insulina _____

Administre _____ unidades de insulina cuadradas en el almuerzo. Dosis de insulina basada en la ingesta de carbohidratos: Administre _____ unidades de insulina cuadradas por _____ g. de carbohidratos en el almuerzo. Factor de corrección: A la hora del almuerzo administre _____ unidades de insulina cuadradas por cada _____ mg/dl por encima de _____ mg/dl. Escala de corrección cuadrada de la siguiente manera: Utilice la escala de corrección a la hora del almuerzo y _____.

Glucosa en sangre de _____ a _____ mg/dl = _____ Unidades Glucosa en sangre de _____ a _____ mg/dl = _____

Unidades Glucosa en sangre de _____ a _____ mg/dl = _____ Unidades Glucosa en sangre de _____ a _____ mg/dl = _____ Unidades de Glucosa en sangre de _____ a _____ mg /dl = _____ Unidades Glucosa en sangre de _____ a _____ mg/dl = _____ Unidades

El estudiante es independiente en la autoadministración de insulina (la enfermera del programa y los padres deben verificar su competencia).

5. Bomba de insulina

Tipo de bomba: _____ Tipo de insulina: _____

Tiempos de administración: _____

Tenga en cuenta: los usuarios de la bomba necesitarán bolos de insulina en los horarios prescritos. Consulte el punto 3 para conocer los pedidos de insulina en bolo para usuarios de bombas. * **Adjunte la fotografía del niño a este formulario de solicitud.**

Firma del médico: _____ Fecha: _____
Original/SIN SELLOS

Nombre del médico (en letra de imprenta): _____

DIRECCIÓN: _____

Número de teléfono: oficina _____ celular _____

-Únicamente para uso de oficina

Orden revisada _____ R.N. Fecha _____ Formulario I-16