

HIGHLAND SCHOOL DISTRICT 203  
**FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD DEL DIABETES**

Fecha \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_ Escuela/Grado: \_\_\_\_\_

Nombre Del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre Del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Telefono De Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Proveedor Medico: \_\_\_\_\_

Nombre De La Clinica: \_\_\_\_\_ Telefono #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Especialista En Diabetes: \_\_\_\_\_

Nombre De La Clinica: \_\_\_\_\_ Telefono #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**1. Cuando le diagnosticaron diabetes a su hijo/a?** Edad \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
 Diabetes Tipo 1       Diabetes Tipo 2      Ultimo Valor de A1C: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

**2. Habilidades Del Estudiante** (Coloque una X para indicar la habilidad de su hijo/a\* para completar cada tarea en la lista a continuacion)

<b>Habilidades Del Estudiante</b>	<b>Adulto Necesita Completar</b>	<b>Adulto Necesita Asistir</b>	<b>No Necesita Asistencia Estudiante Independiente</b>
Chequear Azucar En La Sangre			
Contando Carbohidratos			
Calcular Carbohidratos y Bolo De Correccion			
Pluma de Insulina: Marca las unidades correctas en la pluma de insulina			
Pluma de Insulina/Jeringa. Administra sus propias inyecciones de insulina			
Jeringa De Insulina: Extraiga su propia insulina usando una jeringa de un vial			
Bomba De Insulina: Cantidad Correcta De Bolo De Carbohidratos			
Bomba De Insulina: Calcula y Administra Bolos Correctos			
Bomba De Insulina: Desconecta La Bomba			
Bomba De Insulina: Vuelve a Conectar La Bomba en el sitio de infusion			
Bomba De Insulina: Prepara el reservorio y el tubo			
Bomba De Insulina: Inserta equipo de infusion			
Bomba De Insulina: Soluciona problemas de alarma			

*\*Si una habilidad no forma parte del Plan de Control medico de la diabetes de su hijo/a, escriba "N/A" (no corresponde).*

**3. Hipoglucemia (nivel bajo de azucar en la sangre): Los sintomas habituales de mi hijo/a son**

a. Alguna vez se ha administrado glucagon?     No     Si

**4. Hiperglucemia (nivel alto de azucar en la sangre): Los sintomas habituales de mi hijo/a son**

a. Cuales son los rangos normales/tipicos para el nivel de azucar en la sangre de su hijo/a?  
 (bajo) \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (alto)

**5. Cualquier consideracion especial y/ o precaucion de seguridad para las actividades escolares:**

- Actividad Fisica (PE, deporte, recreo)       Excursiones       Salon de clase/Aprendizaje  
 Transporte en autobus       Comportamiento (estado de animo/afrentamiento)  
 Otro, explicar: \_\_\_\_\_

HIGHLAND SCHOOL DISTRICT 203

**6. Durante las fiestas en clase, mi hijo/a:**

- participara comiendo la golosina y recibira un bolo de carbohidratos siguiendo el contenido de carbohidratos y las ordenes del medico
- reemplacera la golosina con una golosina alternative de casa
- no comera la golosina
- otro: \_\_\_\_\_

**Firma Del Padre/Guardian:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Revisado por R.N.:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_