






DIABETES - Plan de Acción de Emergencia (PAE) Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah			Año escolar:	Foto
INFORMACION DEL ESTUDIANTE				
Student:	Fecha de nacimiento:	Grado:	Escuela:	
Padre:	Teléfono:		Correo electrónico:	
Médico:	Teléfono :		Fax o Correo electrónico:	
Enfermera de la escuela :	Teléfono de la escuela:		Fax o Correo electrónico:	
 Cuando la glucosa en sangre está en el rango objetivo (o entre ____ y ____) El estudiante esta bien				
HIPOGLUCEMIA – Cuando la glucosa en sangre está por debajo de 80 (o por debajo de ____) <u>Causas:</u> demasiada insulina; omitir o retrasar comidas o meriendas; no comer suficiente comida; actividad física intensa o no planificada; estar enfermo. <u>Ataque:</u> repentino, los síntomas pueden progresar rápidamente				
 HIPOGLUCEMIA LEVE O MODERADA Por favor revise los síntomas siguientes			 HIPOGLUCEMIA SEVERA Por favor revise los síntomas siguientes	
<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Cambio de comportamiento <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Confusión <input type="checkbox"/> Llorando <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Somnolencia	<input type="checkbox"/> Hambre <input type="checkbox"/> dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> palidez <input type="checkbox"/> Cambio de personalidad <input type="checkbox"/> Mala concentración <input type="checkbox"/> Mala coordinación	<input type="checkbox"/> temblores <input type="checkbox"/> Habla arrastrada <input type="checkbox"/> sudoración <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Combativo <input type="checkbox"/> Incapacidad para comer o beber <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Otro:	
ACCIONES PARA LA HIPOGLUCEMIA LEVE O MODERADA			ACCIONES PARA LA HIPOGLUCEMIA SEVERA	
1. Dar al estudiante ____ gramos de fuente de azúcar de acción rápida* 2. Espere 15 minutos. 3. Vuelva a controlar la glucosa en sangre. 4. Repita la fuente de azúcar de acción rápida si los síntomas persisten O la glucosa en sangre es inferior a 80 o ____ 5. Otro:			1. No intente dar nada por la boca. 2. Colóquese de lado, si es posible. 3. Comuníquese con personal capacitado en diabetes. 4. Administrar glucagón, si está prescrito. 5. Llame al 911. Quédese con el estudiante hasta que llegue el EMS. 6. Comunicar a los padres/tutores. 7. Quédese con el estudiante. 8. Otro:	
*FUENTES DE AZÚCAR DE ACCIÓN RÁPIDA (15 gramos de carbohidratos): 3-4 tabletas de glucosa O 4 onzas de jugo O paquete de 0.9 onzas de refrigerios de frutas				
¡¡¡Nunca envíe a un estudiante con niveles bajos de glucosa en la sangre a ningún lugar solo!!!				
CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA →				

Plan de acción de emergencia para la diabetes (EAP)

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:		Año escolar:	
<p>HIPERGLUCEMIA: cuando la glucosa en sangre es superior a 250 (o superior a ____)</p> <p><u>Causas:</u> muy poca insulina; demasiada comida; mal funcionamiento de la bomba de insulina o del equipo de infusión; disminución de la actividad física; enfermedad; infección; lesión; estrés físico o emocional severo.</p> <p><u>Ataque:</u> durante varias horas o días.</p>					
 HIPERGLUCEMIA LEVE O MODERADA Por favor revise los síntomas siguientes			 HIPERGLUCEMIA SEVERA Por favor revise los síntomas siguientes		
<input type="checkbox"/> Cambio de comportamiento <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Fatiga/somnolencia <input type="checkbox"/> Micción frecuente		<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Dolores de estómago <input type="checkbox"/> Sed/boca seca <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Cambios en la respiración (Respiración de Kussmaul) <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Disminución de la conciencia <input type="checkbox"/> Aumento del hambre	
<input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos <input type="checkbox"/> Dolor abdominal intenso <input type="checkbox"/> Aliento dulce y afrutado <input type="checkbox"/> Otro:					
ACCIONES PARA LA HIPERGLUCEMIA LEVE O MODERADA			ACCIONES PARA LA HIPERGLUCEMIA GRAVE		
<input type="checkbox"/> Permitir privilegios de baño liberales. <input type="checkbox"/> Anime al estudiante a beber agua o bebidas sin azúcar. <input type="checkbox"/> Administre la dosis de corrección si está en una bomba. <input type="checkbox"/> Comuníquese con los padres si el nivel de azúcar en la sangre supera los ____ mg/dl. <input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Administre la dosis de corrección de insulina si está en una bomba <input type="checkbox"/> Llame a los padres/tutores. <input type="checkbox"/> Quédese con el estudiante <input type="checkbox"/> Llame al 911 si el paciente tiene cambios en la respiración o disminución del conocimiento. Quédese con el estudiante hasta que llegue EMS <input type="checkbox"/> Otro:		
FALLA DE LA BOMBA DE INSULINA (indique el plan en caso de que falle la bomba de insulina)					
<input type="checkbox"/> NA/no en una bomba de insulina		<input type="checkbox"/> administrar insulina a través de jeringa/frasco o pluma			
<input type="checkbox"/> el padre viene y reemplaza el sitio		<input type="checkbox"/> La enfermera de la escuela puede reemplazar el sitio (solo si se entrenó previamente)			
<input type="checkbox"/> el estudiante puede reemplazar el sitio solo o con asistencia mínima				<input type="checkbox"/> Otro (especifique):	
FIRMA DEL PADRE					
He leído y apruebo el plan de acción de emergencia dado.					
Padre:		Firma:		Fecha:	
Nombre del contacto de emergencia:		Relatación:		Teléfono:	
ENFERMERA ESCOLAR					
Los medicamentos y suministros para la diabetes se guardan: <input type="checkbox"/> El estudiante lo lleva <input type="checkbox"/> Mochila <input type="checkbox"/> Salón de clases <input type="checkbox"/> Oficina de salud <input type="checkbox"/> Oficina principal <input type="checkbox"/> Otro (especifique):					
El glucagón se guarda: <input type="checkbox"/> El estudiante lleva <input type="checkbox"/> Mochila <input type="checkbox"/> Salón de clase <input type="checkbox"/> Oficina de salud <input type="checkbox"/> Oficina principal <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <input type="checkbox"/> No hay glucagón en la escuela					
Copias del EAP (este formulario) distribuidas al personal que "necesita saber": <input type="checkbox"/> Maestro(s) de salón de clases <input type="checkbox"/> Comedor <input type="checkbox"/> Maestro(s) de educación física <input type="checkbox"/> Personal de oficina/administración <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Otro (especifique):					
Firma de la enfermera escolar:				Fecha:	

Adenda: