

Fecha del Plan: \_\_\_\_\_

### **Plan de Atención Médica de la Diabetes (DMMP)**

*El equipo de atención médica personal y el padre, madre o tutor del alumno deben completar el plan. El personal de la escuela correspondiente debe revisarlo, y deben guardarse copias en un lugar de fácil acceso para la enfermera escolar, personal capacitado en diabetes y otro personal autorizado.*

Fechas de vigencia: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico de la diabetes: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Docente del curso: \_\_\_\_\_

Enfermedad:  Diabetes tipo 1  Diabetes tipo 2

#### **Información de contacto**

Madre o tutora: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Particular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Padre o tutor: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Particular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Médico o proveedor de atención médica del alumno:

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número para emergencias: \_\_\_\_\_

Otros contactos de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Particular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Informe al padre, madre, tutor o a los contactos de emergencia en las siguientes situaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Control de glucosa en sangre

El intervalo objetivo de glucosa en sangre es de  70 a 150  70 a 180  Otro \_\_\_\_\_

Horarios habituales para el control de la glucosa en sangre \_\_\_\_\_

Momentos en los que se deben hacer controles adicionales de glucosa en sangre (*marque todos los que correspondan*)

Antes de hacer ejercicio

Después de hacer ejercicio

Cuando el alumno presenta síntomas de hiperglucemia

Cuando el alumno presenta síntomas de hipoglucemia

Otro (explique): \_\_\_\_\_

¿Puede el alumno realizar los controles de glucosa en sangre por sí mismo?  Sí  No

Excepciones: \_\_\_\_\_

Tipo de medidor de glucosa en sangre que utiliza el alumno:

## Dosis habitual de insulina

### en el horario del almuerzo

La dosis base de insulina Humalog/Novolog/Regular en el horario del almuerzo (trace un círculo alrededor del tipo de insulina de acción rápida o de acción corta utilizada) es de \_\_\_\_\_ unidades o se administran dosis flexibles utilizando \_\_\_\_\_ unidades por cada \_\_\_\_\_ gramos de hidratos de carbono.

Uso de otra insulina en el horario del almuerzo: (trace un círculo alrededor del tipo de insulina utilizado) de acción intermedia/NPH/lente \_\_\_\_\_ unidades o de acción basal/Lantus/Ultralente \_\_\_\_\_ unidades.

### Dosis de corrección de insulina

Se debe obtener la autorización de los padres antes de administrar una dosis de corrección en caso de niveles elevados de glucosa en sangre.  Sí  No

\_\_\_\_\_ unidades si la glucosa en sangre es de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ mg/dl

\_\_\_\_\_ unidades si la glucosa en sangre es de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ mg/dl

\_\_\_\_\_ unidades si la glucosa en sangre es de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ mg/dl

\_\_\_\_\_ unidades si la glucosa en sangre es de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ mg/dl

\_\_\_\_\_ unidades si la glucosa en sangre es de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ mg/dl

¿Puede el alumno inyectarse solo?  Sí  No

¿Puede el alumno determinar la cantidad correcta de insulina?  Sí  No

¿Puede el alumno extraer la dosis correcta de insulina?  Sí  No

\_\_\_\_\_ Los padres están autorizados a ajustar las dosis de insulina en las siguientes circunstancias:

**Para alumnos con bombas de insulina**

Tipo de bomba: \_\_\_\_\_ Tasas basales: \_\_\_\_\_ 12 am a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Tipo de insulina en la bomba: \_\_\_\_\_

Tipo de equipo de infusión: \_\_\_\_\_

Proporción de insulina a hidratos de carbono: \_\_\_\_\_

Factor de corrección: \_\_\_\_\_

*Capacidades y destrezas del alumno con la bomba:*

*Necesita asistencia*

- |  |   |
|--|---|
| Recuento de hidratos de carbono                                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cantidad correcta de bolos para los hidratos de carbono consumidos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cálculo y administración del bolo correctivo                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cálculo y establecimiento de perfiles basales                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cálculo y establecimiento de la tasa basal temporal                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Desconexión de la bomba  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Reconexión de la bomba al equipo de infusión                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Preparación del reservorio y tubos                                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Inserción del equipo de infusión                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Solución de problemas con alarmas y mal funcionamiento             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

**Para alumnos que toman medicamentos para la diabetes por vía oral**

Tipo de medicamento: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Otros medicamentos: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

**Comidas y refrigerios que se consumen en la escuela**

¿Puede el alumno calcular y controlar por sí mismo la cantidad de hidratos de carbono que consume?

Sí  No

<i>Comida/Refrigerio</i>	<i>Horario</i>	<i>Contenido/cantidad de los alimentos</i>
Desayuno	_____	_____
Refrigerio a media mañana	_____	_____
Almuerzo	_____	_____
Refrigerio a media tarde	_____	_____
Cena	_____	_____

¿Refrigerio antes de hacer ejercicio?  Sí  No

¿Refrigerio después de hacer ejercicio?  Sí  No

Otros momentos en los que se debe dar refrigerios, indicando contenido y cantidad:

---

Alimentos preferidos para el refrigerio:

---

Alimentos que se deben evitar, si los hay:

---

Instrucciones para cuando se proveen alimentos a los alumnos (por ejemplo, como parte de una fiesta en el aula o un evento en el que se degustan alimentos):

---

### **Ejercicio y deportes**

Debe haber en el lugar donde se hace ejercicio o practican deportes hidrato de carbono de acción rápida, como por ejemplo, \_\_\_\_\_

Restricciones para la actividad física, si las hay: \_\_\_\_\_

El alumno no debe hacer ejercicio si el nivel de glucosa en sangre es inferior a \_\_\_\_\_ mg/dl o superior a \_\_\_\_\_ mg/dl o si hay niveles de cetonas moderadas a grandes presentes en la orina.

### **Hipoglucemia (bajo nivel de azúcar en sangre)**

Síntomas habituales de hipoglucemia: \_\_\_\_\_

---

Tratamiento de la hipoglucemia: \_\_\_\_\_

---

Debe administrarse glucagón si el estudiante pierde el conocimiento, tiene una convulsión (ataque) o no puede tragar.

Vía \_\_\_\_\_, Dosis \_\_\_\_\_, lugar para la inyección de glucagón: \_\_\_\_\_ brazo, \_\_\_\_\_ muslo, \_\_\_\_\_ otro.

Si se necesita glucagón, adminístrelo de inmediato. Luego llame al 911 (o a alguna otra ayuda para emergencias) y al padre, madre o tutor.

### **Hiperoglucemia (nivel elevado de azúcar en sangre)**

Síntomas habituales de hiperoglucemia: \_\_\_\_\_

Tratamiento de la hiperglucemia: \_\_\_\_\_

Debe controlarse la orina para controlar los niveles de cetonas cuando los niveles de glucosa en la sangre son superiores a \_\_\_\_\_ mg/dl.

Tratamiento para cetonas: \_\_\_\_\_

**Insumos que se deben guardar en la escuela**

- \_\_\_\_\_ Medidor de glucosa en sangre, tiras para pruebas de glucosa en sangre, baterías para el medidor
- \_\_\_\_\_ Dispositivo de lancetas, lancetas, guantes, etc.
- \_\_\_\_\_ Tiras para comprobar el nivel de cetona en la orina
- \_\_\_\_\_ Bombas e insumos para insulina
- \_\_\_\_\_ Pluma para insulina, agujas para las plumas, cartuchos de insulina
- \_\_\_\_\_ Fuente de glucosa de acción rápida
- \_\_\_\_\_ Refrigerios que contengan hidratos de carbono
- \_\_\_\_\_ Equipo de emergencia para administrar glucagón

**Firmas**

**Este Plan de Atención Médica de la Diabetes ha sido aprobado por:**

\_\_\_\_\_ Fecha  
Médico o proveedor de atención médica del alumno

Autorizo a la enfermera escolar, al personal capacitado en diabetes y a otros miembros del personal designados de la escuela \_\_\_\_\_ a realizar las tareas de atención de la diabetes explicadas en el Plan de Atención Médica de la Diabetes de \_\_\_\_\_.  
También expreso mi consentimiento para que se divulgue la información contenida en este Plan de Atención Médica de la Diabetes a todos los miembros del personal y a otros adultos que estén a cargo del cuidado de mi hijo y que necesiten conocer esta información con el fin de preservar la salud y la seguridad de mi hijo.

**Aceptado y recibido por:**

\_\_\_\_\_ Fecha  
Padre, madre o tutor del alumno

\_\_\_\_\_ Fecha  
Padre, madre o tutor del alumno