

Condado de Anne Arundel  
Programa de Servicios de Salud en las Escuelas

**PETICIÓN DE PADRES PARA TRATAR LA DIABETES EN LA ESCUELA**  
**FORMULARIO PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE O GUARDIAN**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(APELLIDO) (NOMBRE) (INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_

**En orden para que mi niño(a) reciba tratamiento en la escuela, estoy de acuerdo con lo siguiente:**

- Todos los medicamentos recetados tendrán una orden firmada por el médico llena completamente para cada año escolar.
- El medicamento recetado estará en un recipiente rotulado por el farmacéuta o médico con:

Nombre del niño. Nombre del Medicamento. Dosis, rutina y horario de administración.  
Nombre del médico. Fecha recetado y fecha de expiración Condiciones para el almacenamiento apropiado

- El medicamento deberá ser llevado a la escuela por un adulto.
- El médico será contactado por teléfono en el acontecimiento de alguna pregunta con respecto al medicamento de mi niño(a)
- La primera dosis de este medicamento ha sido suministrada sin ningún problema (excepto el Glucagon)

*Habiendo leído las condiciones anteriores, Yo le pido al personal de servicios de Salud en las Escuelas del Condado de Anne Arundel que suministren el medicamento recetado a continuación por el médico. Yo certifico que tengo autoridad legal para consentir el tratamiento médico para el estudiante nombrado arriba en esta página, incluyendo el suministro de medicamento en la escuela. Yo entiendo que este procedimiento será conducido usando los procedimientos de enfermería rutinarios. Si el procedimiento no es complicado y la condición de mi niño(a) es estable; la enfermera de la escuela puede, a su discreción, enseñar este procedimiento a personal no licenciado. El personal de la escuela o de salud puede asistir hacia la independencia en el cuidado si es indicado.*

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación al estudiante: \_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ otro: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

**AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER'S WRITTEN AUTHORIZATION**

Please check all boxes that apply and complete orders: Begin services on \_\_\_\_\_. End Services on \_\_\_\_\_.

**1. Blood Glucose Testing**

Before am snack  Before lunch  Before PE  2 hours after a correction dose  For suspected hypoglycemia/hyperglycemia

**2. Hypoglycemia - TREAT ACCORDING TO HEALTH CARE ACTION PLAN WHEN SYMPTOMATIC OR WHEN BLOOD GLUCOSE IS LESS THAN 70.**

Glucagon injection \_\_\_\_\_ dosage, SQ/IM, for loss of consciousness, seizures or inability to swallow, if RN or LPN is available.

**3. Hyperglycemia - TREAT ACCORDING TO HEALTH CARE ACTION PLAN.**

**4. Insulin**

Brand of insulin \_\_\_\_\_

Give \_\_\_\_\_ units of insulin SQ at lunch.  Insulin dose based on carbohydrate intake: Give \_\_\_\_\_ units of insulin SQ per \_\_\_\_ gms of carbohydrates at lunch.  Correction factor: At lunchtime give \_\_\_\_ units of insulin SQ for every \_\_\_\_ mg/dl above \_\_\_\_ mg/dl.

Correction scale SQ as follows: Use correction scale at lunchtime and \_\_\_\_\_ .  
Blood Glucose from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ mg/dl = \_\_\_\_\_ Units    Blood Glucose from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ mg/dl = \_\_\_\_\_ Units  
Blood Glucose from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ mg/dl = \_\_\_\_\_ Units    Blood Glucose from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ mg/dl = \_\_\_\_\_ Units  
Blood Glucose from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ mg/dl = \_\_\_\_\_ Units    Blood Glucose from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ mg/dl = \_\_\_\_\_ Units

Student is independent in insulin self-administration (school nurse and parent must verify competency).

**5. Insulin Pump**

Type of pump: \_\_\_\_\_ Type of insulin: \_\_\_\_\_

Bolus Administration times: \_\_\_\_\_

Please note: Pump users will need bolus insulin at prescribed times. Refer to #4 for bolus insulin orders for pump users.

**Additional orders:** \_\_\_\_\_

 Physician's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Original signature/NO stamps

Physician's Name (Printed): \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

Order Reviewed \_\_\_\_\_ R.N. Date \_\_\_\_\_