



6 de mayo de 2021

Subsecretario asociado, subsecretario de Asuntos Académicos, subsecretario de Administración, secretaria asociada de Educación Especial interina, secretarios auxiliares, directores de divisiones, institutos y oficinas, gerentes y subgerentes, directores ejecutivos, directores de áreas y programas, superintendentes regionales, superintendentes de escuelas, superintendentes auxiliares, directores de centros de servicio de educación especial, facilitadores docentes, directores de escuelas, maestros de educación especial y padres


Lcdo. Eliezer Ramos Parés
Secretario Interino

ENMIENDA A LOS SERVICIOS QUE OFRECE EL ASISTENTE AL ESTUDIANTE CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

El Programa de Educación Especial ofrece servicios a los estudiantes con diversidad funcional dirigidos a que estos sean educados apropiadamente y en el ambiente menos restrictivo. Dentro de los servicios disponibles están los suplementarios, que brindan apoyo y ayuda al estudiante dentro del salón de clases y en actividades donde sus pares participen.

Para aquellos estudiantes que presentan necesidades dentro del ambiente escolar que no pueden ser atendidas por un maestro especialista en educación especial, acomodos razonables o equipos de asistencia tecnológica, el Programa de Educación Especial tiene disponible el servicio de asistente al estudiante. En la sección 12.7 del Manual de Procedimientos de Educación Especial se describen los servicios que este paraprofesional ofrece. El pasado 15 de abril de 2021 se emitió memorando “Política Pública para establecer la solicitud electrónica de asistentes de servicios especiales al estudiante del Departamento de Educación del Gobierno de Puerto Rico”. Dicho memorando no tuvo el efecto de enmendar políticas públicas vigentes del programa de educación especial. Su publicación solo tenía el objetivo de enmendar el procedimiento para la solicitud de personal adicional cuando se identificara la necesidad.

Ahora bien, tomando en consideración diferentes solicitudes de asistencia técnica y peticiones de padres, madres, encargados y funcionarios, se determina añadir el servicio de apoyo conductual/emocional. Los estudiantes elegibles para recibir este servicio son aquellos que presentan un trastorno o condición donde se presentan conductas inapropiadas que afectan o podrían afectar su progreso académico o que requieren de apoyo emocional para regular sus emociones como parte de su plan de intervención conductual. Los asistentes que ofrezcan este servicio tendrán el rol de apoyar al equipo interdisciplinario a implementar el plan de apoyo conductual dentro de los salones de clase, patio, actividades extracurriculares y cualquier otro ambiente donde el estudiante participe durante el horario escolar.

En esta categoría se estará trabajando la categoría de apoyo conductual, emocional, seguridad y la asistencia al estudiante en la sala de clases. Cualquier otra situación puede referirse a consulta para ser considerada e incluida en el Programa Educativo Individualizado del estudiante. Ante ello, se adjunta el formulario SAEE-10 **Análisis de necesidad para asistente de servicio** enmendado.

A modo de disipar dudas sobre el proceso de solicitar este servicio, cuando se identifique la necesidad de este servicio, los funcionarios del DE:

Paso 1

Completarán el formulario SAEE-10.

Paso 2

Solicitarán asistencia técnica de la Oficina Regional Educativa (ORE) para contemplar otros servicios suplementarios o estrategias educativas pasadas por alto; o avalar la recomendación de un asistente y corroborar si dentro de los recursos existentes en la escuela tiene disponibilidad para atender al estudiante con premura o se requerirá pasar la solicitud de personal irregular a la ORE, de ser aprobado por el COMPU. Esto permitirá agilizar el inicio de los servicios.

Paso 3

En reunión con el COMPU, de ser aprobada la recomendación, se completará el formulario SAEE-10^a **Solicitud de personal irregular y el formulario SAEE-10b Planilla de información de la escuela** a través del portal MiPE. La guía para completar la solicitud fue publicada en el comunicado emitido el 14 de abril de 2021 titulado *Política pública para establecer la solicitud electrónica de asistentes de servicios especiales al estudiante del Departamento de Educación del Gobierno de Puerto Rico*.

Instamos a todos los integrantes del COMPU a identificar las necesidades que impiden que los estudiantes con diversidad funcional puedan progresar académicamente y a

seleccionar aquellos servicios que aumenten la independencia del estudiante. De necesitar asistencia sobre este particular o de identificar alguna necesidad adicional que no esté contemplada en el Manual de Procedimientos de Educación Especial, puede presentar una solicitud escrita para evaluación de la Secretaría Asociada de Educación Especial a la Dra. Juliana Rosado Vázquez, gerente de operaciones del Programa de Educación Especial al correo electrónico rosadovj@de.pr.gov.

anejos

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

SAEE-10 Análisis de necesidad para asistente de servicios

Parte A: Información sobre el estudiante

Fecha _____ Discapacidad _____
 Estudiante _____ SIE _____
 Oficina Regional Educativa de _____ Pueblo _____
 Código y nombre de la escuela _____
 Ubicación del estudiante salón regular salón especial

Parte B: Información sobre las necesidades observadas

Instrucciones: Antes de la reunión con el COMPU, los funcionarios del DEPR analizarán las necesidades del estudiante con personal de educación especial de la ORE basado en las observaciones realizadas. Marque con una x aquellas necesidades que el estudiante presenta **dentro del horario escolar**.

<input type="checkbox"/> Higiene – Debe contestar sí, en al menos una necesidad para ser elegible al servicio.	Sí	No	Comentarios
El estudiante requiere cambio de pañal.			
El estudiante requiere adiestramiento en control de esfínteres.			

<input type="checkbox"/> Alimentación – Debe contestar sí, en al menos una necesidad para ser elegible al servicio.	Sí	No	Comentarios
El estudiante requiere ser asistido al comer (ser alimentado)			
El estudiante requiere asistencia con su gastrostomía ¹ .			

<input type="checkbox"/> Movilidad – Debe contestar sí, en la premisa 1 y 2 para ser elegible al servicio o solo en la premisa 3.	Sí	No	Comentarios
El estudiante tiene un impedimento ortopédico que limita su ambulación (su caminar).			<input type="checkbox"/> Temporero <input type="checkbox"/> Permanente
El estudiante utiliza un equipo para moverse de un lugar a otro que requiere de la asistencia de un recurso humano.			<input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual <input type="checkbox"/> Silla motorizada
El estudiante es ciego total o legal y se enfrenta a una nueva escuela o requiere asistencia antes de su entrenamiento en orientación y movilidad.			

<input type="checkbox"/> Comunicación – Debe contestar sí, en ambas necesidades para ser elegible al servicio.	Sí	No	Comentarios
El estudiante es sordo y utiliza el lenguaje de señas como medio principal de comunicación.			Nivel de dominio: <input type="checkbox"/> básico <input type="checkbox"/> intermedio <input type="checkbox"/> avanzado <input type="checkbox"/> superior
El estudiante con limitación severa en el lenguaje expresivo que utilice el lenguaje de señas como medio principal de comunicación.			

¹ Este servicio se tiene que solicitar anualmente. Para ello, los padres deberán presentar, en cada revisión de PEI, el formulario **Referido médico por condición de salud**.

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

<input type="checkbox"/> Salud – Debe contestar sí, en alguna de ellas para ser elegible al servicio.	Sí	No	Comentarios
El estudiante presenta una condición médica que requiere de cuidado especializado durante el horario escolar. <i>Este servicio se tiene que solicitar anualmente. SOLO para aquellas áreas identificadas con un asterisco (*), los padres deberán presentar, en cada revisión de PEI, el formulario Referido médico por condición de salud.</i>			<input type="checkbox"/> cateterización* <input type="checkbox"/> colostomía* <input type="checkbox"/> gastrostomía* <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> medicación* <input type="checkbox"/> ansiedad severa <input type="checkbox"/> apoyo conductual o emocional
El estudiante presenta una discapacidad moderada y severa que le impide atender sus necesidades médicas, aun cuando se le provea de claves visuales o instrucciones dirigidas.			
El estudiante presenta conductas/emociones inapropiadas que afectan o podrían afectar su progreso académico y que requieren de un plan de intervención donde un adulto apoye su plan de apoyo conductual o emocional.			

<input type="checkbox"/> Transportación – Debe contestar sí, en ambas necesidades para ser elegible al servicio.	Sí	No	Comentarios
El estudiante presenta una discapacidad significativa.			
La discapacidad del estudiante no le permite viajar sin la supervisión de un adulto, adicional al chofer, aun cuando se utilicen medidas de seguridad como los cinturones o asientos especiales, sin que esto represente un riesgo real a su seguridad o a la de otros estudiantes que le acompañan.			

Comentarios adicionales

Parte C: Consulta y análisis de la ORE

En toda reunión con el COMPU donde se considere un servicio que comprometa el erario, el representante del DEPR debe consultar con el facilitador docente de Educación Especial de la ORE, **antes de la reunión con el COMPU** las necesidades que el estudiante presenta para que este pueda asignar el recurso o solicitarlo (en caso de no haber disponibilidad) con premura.

Nombre del Facilitador al que se le realiza la consulta _____

Fecha en que se realiza la consulta _____

Firma del Facilitador _____ o consulta vía teléfono, correo electrónico

Recomienda el servicio Sí No, explique _____

Validado por el director del CSEE _____

Fecha _____

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

**REFERIDO MÉDICO DE ESTUDIANTES DEL PROGRAMA EDUCACIÓN ESPECIAL QUE
NECESITAN SERVICIOS DE CATETERIZACIÓN
PARA SER RENOVADO CADA AÑO ESCOLAR**

Región: _____ Municipio: _____

Nombre del Estudiante: _____

Número de SIE: _____ Discapacidad: _____

Nombre del padre o encargado: _____

Nombre de la madre o encargada: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Escuela: _____

Correo electrónico de la escuela _____

INFORMACIÓN MÉDICA (a ser completada por el Urólogo)

Diagnóstico de condición urológica: _____

¿Requiere el estudiante cateterización? Sí _____ No _____

Solución Betadine _____ Guantes _____ Lubricante _____ Catéter _____ Gasas _____

Número de catéter _____ Jabón líquido antibacterial _____ Papel de Camilla _____

Otros _____

Frecuencia con que requiere el servicio al día _____

Frecuencia con que requiere el servicio en la escuela _____

Nombre del Médico: _____ Licencia # _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

PARA SER COMPLETADO POR LA ESCUELA

Persona asignada para realizar la cateterización _____

Puesto asistente de servicio enfermera(o)

Firma de la persona asignada _____

Nombre del director escolar _____

Firma del director escolar _____

ORIGINAL EN EXPEDIENTE FÍSICO EN LA ESCUELA
ADJUNTAR COPIA EN EL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO
(MÓDULO ESTUDIANTE > DOCUMENTOS DEL ESTUDIANTE)

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

**REFERIDO MÉDICO DE ESTUDIANTES DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN
ESPECIAL QUE NECESITAN SERVICIOS DE COLOSTOMÍA**
PARA SER RENOVADO CADA AÑO ESCOLAR

Región: _____ Municipio: _____

Nombre del Estudiante: _____

Número de SIE: _____ Discapacidad: _____

Nombre del padre o encargado: _____

Nombre de la madre o encargada: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Escuela: _____

Correo electrónico de la escuela _____

INFORMACIÓN MÉDICA (a ser completada por el Gastroenterólogo)

Diagnóstico de condición por la cual requiere colostomía: _____

Frecuencia con que requiere el servicio al día _____

Frecuencia con que requiere el servicio en la escuela _____

Prescripción para colostomía: _____

Drainable Pouch _____

Wafer: _____

Otros _____

Nombre del Médico: _____ Licencia # _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

PARA SER COMPLETADO POR LA ESCUELA

Persona asignada para realizar la cateterización _____

Puesto asistente de servicio enfermera(o)

Firma de la persona asignada _____

Nombre del director escolar _____

Firma del director escolar _____

ORIGINAL EN EXPEDIENTE FÍSICO EN LA ESCUELA
ADJUNTAR COPIA EN EL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO
(MÓDULO ESTUDIANTE > DOCUMENTOS DEL ESTUDIANTE)

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

**REFERIDO MÉDICO DE ESTUDIANTES DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN ESPECIAL
QUE NECESITAN SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN POR GASTROSTOMÍA
PARA SER RENOVADO CADA AÑO ESCOLAR**

Año escolar _____

Región: _____

Municipio: _____

Nombre del Estudiante: _____

Número de SIE: _____

Discapacidad: _____

Nombre del padre o encargado: _____

Nombre de la madre o encargada: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Escuela: _____

Correo electrónico de la escuela _____

INFORMACIÓN MÉDICA (a ser completada por el Gastroenterólogo)

Diagnóstico de condición que requiere que el estudiante reciba alimentación por gastrostomía:

¿Requiere el estudiante alimentación por gastrostomía? Sí _____ No _____

Jeringuillas 60cc _____ Guantes _____ Micropore 1" _____ Micropore 2" _____ Gasas _____

Under pads _____ Enteral nutrition bags _____ Jabón líquido antibacterial _____

Papel de Camilla _____ Otros _____

Frecuencia con que requiere el servicio al día _____

Frecuencia con que requiere el servicio en la escuela _____

Nombre del Médico: _____ Licencia # _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

PARA SER COMPLETADO POR LA ESCUELA

Persona asignada para realizar la cateterización _____

Puesto asistente de servicio enfermera(o)

Firma de la persona asignada _____

Nombre del director escolar _____

Firma del director escolar _____

ORIGINAL EN EXPEDIENTE FÍSICO EN LA ESCUELA
ADJUNTAR COPIA EN EL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO
(MÓDULO ESTUDIANTE > DOCUMENTOS DEL ESTUDIANTE)

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS DURANTE EL DÍA ESCOLAR**
PARA SER RENOVADO CADA AÑO ESCOLAR

Año escolar _____

Región: _____

Municipio: _____

Nombre del Estudiante: _____

Número de SIE: _____

Fecha de nacimiento: _____

ÓRDEN DE PRESCRIPCIÓN (Para ser completado por el médico)

He prescrito el siguiente medicamento para este estudiante y solicito que la dosis se administre durante el horario escolar por personal de la escuela.

Medicación: _____ Dosis: _____

Ruta: _____

Hora/instrucciones para la escuela: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Diagnóstico/razón médica de la medicación: _____

Inhaladores/Autoinyectores de epinefrina: El niño ha recibido instrucción y permiso para portar y administrárselo de forma independiente: Sí No Inhalador: Con espaciador Sin espaciador

Nombre del Médico: _____ Licencia # _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES O ENCARGADOS

PARA MEDICAMENTOS RECETADOS Y SIN RECETA:

1. Solicito que se administre el medicamento anterior a mi hijo durante el horario escolar regular según lo ordenado por el médico (no aplica después de las actividades escolares).
2. Doy permiso para que el medicamento sea dado por personal designado como delegado, capacitado y supervisado por la enfermera escolar.
3. Proporcionaré este medicamento en el envase original del fabricante debidamente etiquetado (medicamentos sin receta) o recipiente etiquetado por farmacia (medicamento recetado).
4. Autorizo a la enfermera o persona designada de la escuela a intercambiar información con el médico de mi hijo en caso de surgir alguna pregunta sobre la medicación listada, condición médica, o efectos secundarios de este medicamento.
5. Autorizo a la enfermera o persona designada a comunicarse con el personal escolar correspondiente con respecto a este medicamento para mi hijo.
6. Libero al personal de la escuela de cualquier responsabilidad en relación con la administración de este medicamento en la escuela.
7. He leído y entiendo las **Pautas para administrar medicamentos durante el horario escolar** incluidas con este formulario.

Nombre del padre, madre o encargado _____

Firma _____

Fecha _____

Nombre de la enfermera escolar _____

Firma _____

Fecha _____

Núm. de Lic. _____

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

PAUTAS PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR

La administración de medicamentos a los estudiantes se realizará únicamente en circunstancias excepcionales en las que la salud puede estar en peligro sin ella. Siempre que sea posible, la administración de medicamentos debe hacerse en casa. Los medicamentos recetados tres veces al día se pueden administrar antes de la escuela, después de la escuela y a la hora de acostarse. **Si se inicia una nueva medicación, la primera dosis debe administrarse en casa, a menos que sea un medicamento de rescate.**

1. La administración de medicamentos recetados y sin receta por el personal de la escuela sólo debe hacerse de acuerdo con la orden escrita de un médico con licencia y la autorización por escrito del padre/encargado y la enfermera escolar con licencia, independientemente de la edad del estudiante.
 - a. Dosis mixtas en un solo recipiente no serán aceptadas para la administración en la escuela.
 - b. Si se requiere media tableta para una dosis correcta, es responsabilidad del padre o encargado proporcionar las tabletas precortadas para su administración en la escuela.
 - c. Las formas alteradas de medicamentos no serán aceptadas ni administradas en la escuela.
 - d. Los narcóticos/cannabis medicinal no se administrarán en la escuela.
 - e. Los productos que contienen aspirina no se administrarán en la escuela.
 - f. Solo se proporcionarán tratamientos aprobados por la FDA en la escuela.
2. **Todos los medicamentos (recetados y sin receta médica) deben ser llevados a y desde la escuela por un padre/tutor en su empaque original.** La siguiente información debe estar en la etiqueta del empaque prescrito:
 - a. Nombre completo del estudiante
 - b. Nombre y dosis de medicamentos
 - c. Tiempo e instrucciones para la administración en la escuela
 - d. Nombre del médico con licencia
 - e. Fecha (debe ser actual)
3. Los padres o encargados deberán presentar un nuevo formulario anualmente.
4. Se requiere un nuevo formulario de **Consentimiento para medicamentos** cuando la dosis del medicamento o el tiempo de administración es cambiada.
5. Cuando se detiene un medicamento diario a largo plazo, los padres o encargados deberán presentar la orden de un médico con licencia.
6. Los medicamentos serán guardados en un archivo o contenedor con llave bajo la custodia de la enfermera escolar y en ninguna circunstancia, será transportada por el estudiante.
7. Los estudiantes con alergias graves que necesiten su autoinyector de epinefrina durante el día escolar podrán transportarlo y ser responsables de la administración de su autoinyector de epinefrina con el consentimiento por escrito de su médico y el padre o encargado y en acuerdo con el(la) enfermero(a) escolar con licencia.
8. Los estudiantes con asma que necesiten usar su inhalador durante el horario escolar podrán transportar y ser responsable de la administración de su inhalador con el consentimiento por escrito de su médico y el padre/encargado y en acuerdo con el(la) enfermero(a) escolar con licencia.

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
PROGRAMA DE SERVICIOS AL ESTUDIANTE

**PLAN DE REFERENCIA INMEDIATA PARA MAESTROS DE
ESTUDIANTES CON DIABETES**

Información del estudiante

Nombre _____ Grado _____

Maestro _____ Núm. de autobús _____

Días y horarios de educación física _____

Este estudiante tiene diabetes tipo _____. La diabetes es una enfermedad crónica que puede llevar a situaciones de emergencia como la hipoglucemia (bajo nivel de azúcar en sangre) o hiperglucemia (alto nivel de azúcar en sangre). La hiperglucemia por un largo periodo de tiempo puede llevar a complicaciones serias y causar coma diabética. La hipoglucemia (caracterizada por sudor, confusión, temblores, dolor de cabeza, sueño, palidez y hambre) puede ser una amenaza para la vida del estudiante si no se trata a tiempo. Si el estudiante muestra cambios en su comportamiento, su actitud o nivel de conciencia, mostrándose agresivo, letárgico o inconsciente, se presume que el estudiante tiene bajos niveles de azúcar en la sangre. Se debe tratar la emergencia como un episodio de hipoglucemia. El mismo estudiante puede identificar los síntomas o usted puede reconocerlos al obsérvelo.

Un estudiante con hipoglucemia nunca se debe dejar solo.

Personal que se debe contactar en caso de emergencia.

Nombre de la madre _____

Tel. del hogar () _____ Tel. del trabajo () _____ Celular () _____

Nombre del padre _____

Tel. del hogar () _____ Tel. del trabajo () _____ Celular () _____

Plan de cuidado para estudiantes con diabetes e hipoglicémicos con tratamiento

Nombre del médico del estudiante o proveedor de cuidados de salud:

Médico _____

Dirección _____

Contactos de emergencia:

Nombre _____

Relación _____

Tel. del hogar _____ Tel. del trabajo _____ Celular _____

Notificar al padre/encargado o contacto de emergencia si las siguientes situaciones ocurren:

Monitoreo de glucosa en la sangre

Meta para niveles de glucosa en la sangre de _____ mg/dl a _____ mg/dl.

Horario usual para monitoreos de glucosa en la sangre:

Horario para realizar pruebas extra de glucosa en la sangre (Marcar las que apliquen)

_____ Antes del ejercicio

_____ Después del ejercicio

_____ Cuando el estudiante presente síntomas de hiperglucemia.

_____ Cuando el estudiante presente síntomas de hipoglucemia

_____ Otro (especifique) _____

¿Puede el estudiante autoexaminarse? Sí _____ No _____

Excepciones _____

Plan de cuidado para estudiantes diabéticos e hipoglicémicos con tratamiento

Tipo de metro de detección (monitor) de glucosa en la sangre que utiliza el estudiante:

Personal escolar adiestrado para monitorear el nivel de glucosa en la sangre y fechas de adiestramiento:

Nombre de la persona	Fecha de adiestramiento

Insulina

Tipo, horario y dosis de insulina que debe administrarse durante el periodo escolar:

Horario	Tipo(s) de insulina	Dosis

Personal escolar adiestrado para monitorear el nivel de glucosa en la sangre y fechas de adiestramiento:

Nombre de la persona	Fecha de adiestramiento

¿Puede el estudiante administrarse la inyección de insulina? Sí _____ No _____

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

¿Puede el estudiante extraer la cantidad exacta de insulina? Sí _____ No _____

Uso para estudiantes con bombas de insulina

Tipo de bomba _____ "Basal Rates" _____

Conteo de: Insulina/hidratos de carbono _____ Factor de corrección _____

¿Está el estudiante adiestrado para manejar la bomba? Sí _____ No _____

¿Puede el estudiante manejar complicaciones? Sí _____ No _____

(cetosis, malfuncionamiento de la bomba)

Comentarios _____

Plan de cuidado para estudiantes diabéticos e hipoglicémicos con tratamiento

Meriendas y comidas en la escuela

El contenido de niveles de carbohidratos en las comidas es importante para mantener estable el nivel de glucosa en la sangre.

Comida/merienda	Horario	Contenido de comida/cantidad
Desayuno		
Merienda (Am)		
Almuerzo		
Merienda (PM)		
Cena		
¿Merienda antes de ejercicio?	Sí _____ No _____	
¿Merienda después del ejercicio?	Sí _____ No _____	

Otro horario de merendar y su contenido/cantidad _____

Una fuente de glucosa como _____
debe estar accesible en todo momento.

Meriendas preferidas _____

Comidas que debe evitar, si alguna _____

Instrucciones para cuando la comida es provista durante clases (ejemplo, como parte de una fiesta o entremeses) _____

Ejercicios y deportes

Una merienda como _____ debe estar presente en el área de recreación y deportes.

Restricciones de actividad, si alguna _____

El estudiante no debe ejercitarse si su nivel de azúcar está por debajo de _____ mg/dl o sobre _____ mg/dl.

Hipoglucemia (bajo nivel de azúcar en la sangre)

Síntomas comunes de hipoglucemia _____

Tratamiento de hipoglucemia _____

Persona escolar adiestrado para administrar glucagón _____

Se administra glucagón si el estudiante está inconsciente, convulsionando o si es incapaz de tragar. Si requiere glucagón, debe ser administrado correctamente y lo antes posible, Debe solicitar asistencia médica y se debe comunicar a los padres/encargados.

Hiper glucemia (alto nivel de azúcar en sangre)

Síntomas comunes de hiper glucemia _____

Tratamiento de hiper glucemia _____

Circunstancias en las que se debe examinar cetonas en la orina _____

Tratamiento para cetonas _____

Persona escolar adiestrado para hacer la prueba de cetonas _____

Personal y provisiones

¿Dónde se guardan las provisiones para el monitoreo de glucosa en la sangre? _____

¿Dónde se mantienen guardadas las provisiones para la administración de insulina? _

¿Dónde se guarda el glucagón? _____

¿Dónde se mantienen las meriendas? _____

Personal escolar adiestrado para reconocer síntomas y tratamiento de niveles de azúcar bajos y altos, y las fechas de los adiestramientos.

Nombre de la persona	Fecha de adiestramiento

Firmas

Este plan de cuidado fue completado por:

Nombre y firma de la enfermera escolar

Núm. De Lic.

Fecha

Persona entrevistada

Nombre y firma del familiar del estudiante

Parentesco

Fecha

Representante escolar presente en la entrevista

Nombre y firma

Puesto

Fecha