|  |  |
| --- | --- |
| SAMPLE: INSERT LOGO/SAU/SCHOOL NAME | Entrevista en caso de diabetes AÑO ESCOLAR \_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Estudiante**Fecha de nacimiento Grado | Padre o tutor TeléfonoMadre o tutor TeléfonoEmergencia Teléfono |
| EndocrinólogoTeléfono Última visita |
| Enfermera educadora en diabetesTeléfono | * MaineCare
 | * Seguro privado
 | * Requiere información
 |
| Historia relevante, incluidas las hospitalizaciones | Edad en la que se hizo el diagnóstico | Tipo | Último A1C |
| Dirección del hogar:Número de autobús, si corresponde:Actividades extracurriculares: | Contacto después de clases:Teléfono |
| Sistema de monitorización de glucosa | Contacto para consultas que no sean de emergencia:Método preferido \_\_\_\_llamada \_\_\_ texto\_\_\_ correo electrónicoFrecuencia |
| Sistema de administración de insulina | Método de monitorización de cetonas y parámetros |

 Describa las consideraciones que debemos tener con su hijo durante el día escolar.

|  |  |
| --- | --- |
| * Atletismo o educación física
* Receso
 | * Aula
* Autobús o transporte
 |

Comparta cualquier meta relacionada con la salud o donde se requiera asistencia.

Al firmar abajo, autorizo a la enfermera escolar a compartir información acerca de la salud de mi hijo con el personal escolar y médico apropiado para la seguridad continua de mi hijo en la escuela.

Padre, madre o tutor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*En caso de una emergencia, cuando se requiera de asistencia y no podamos comunicarnos con los contactos de emergencia, llamaremos al profesional de salud y, de ser necesario, al 911 (servicios de emergencia).*