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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Estudiante**  Fecha de nacimiento Grado | Padre o tutor Teléfono  Madre o tutor Teléfono  Emergencia Teléfono | | |
| Endocrinólogo  Teléfono Última visita |
| Enfermera educadora en diabetes  Teléfono | * 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 electrónico  Frecuencia | | |
| 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).*