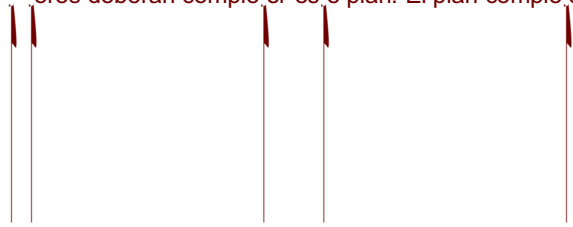


!

"#\$%!"\$&\$!'()*\$*+!,!-&\$-\$.)/%-+!* /!#\$!*)\$0/-/1!

El medico los padres de familia o doctores deberan completar este plan. El plan completo sera re visado



Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ # de identificación: _____

Lle a el a los escolar: Si ___ No ___ # de años: _____ Toma Glucophage o Glucorol Si ___ No ___

Preocupaciones: _____

Insulin Delivery Method: Inyecciones ___ Insulin pump ___ Combine glucos monitoring/insulin sensor: _____

Información adicional _____

Padre/Tutor #1: _____ Domicilio: _____ !

Teléfono-Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Padre/Tutor #2: _____ Domicilio: _____ !

Teléfono-Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ !

Con contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ !

Teléfono-Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ !

Médico del estudiante: _____ Teléfono: _____

El estudiante usa una pulsera/collar de alerta médica? Si ___ No ___ !

X)&. \$!* /!\$ (- +&)Y\$ ')+%! * /#!" \$ * & /5!

Como padre/guardián del estudiante nombrado arriba, doy permiso para el uso de este plan de salud a la enfermera de la escuela para contactar al proveedor profesional de salud de mi hijo con respecto a la condición mencionada anteriormente.

También doy permiso a la enfermera, la asistente de cuidado de la Diabetes sin licencia (UDCA) o cualquier otro miembro del personal designado de la escuela de mi hijo/a a realizar llevar a cabo las instrucciones de cuidado de la diabetes como indicado en el Plan de tratamiento/manejo de la Diabetes de mi hijo/a. También doy mi consentimiento para la publicación de la información contenida en este Plan de tratamiento/manejo, a todos los miembros del personal o los padres que tienen el cuidado social de mi hijo/a que necesitan saber esa información para mantener la salud y seguridad de mi hijo/a.

/D=911!@<16CB<E@9!<7!HE9?<<E16!6!<DCB<16!C97!-9@9D!9D!DBO>7>D=E9D!!!O<@C6O<7-9D