



HEALTH SERVICES

Richardson Independent School District

Diabetes Management and Treatment Plan

Annual Health Service Prescription - Provider/Parent Authorization for Diabetic Care

*This form is to be renewed annually.

Student: _____ Birth Date: ____/____/____ Date of Plan: ____/____/____

Prescribed in-school medication or procedures may be administered by a school nurse or a non-health professional designee of the principal.

TO BE COMPLETED BY PROVIDER:

Please respond to the following questions based on your records and knowledge of the student.

1. PROCEDURES: (parent to provide supplies for procedures):

- Test blood glucose before lunch and as needed for signs/symptoms of hypoglycemia.
- Test urine ketones when blood glucose is hyperglycemic, and/or when child is ill.

2. MEDICATIONS:

- Child may may not prepare/administer insulin injection.
- **Rapid Acting Insulin [Regular/Humalog/Novolog]** given subcutaneously prior to lunchtime (within 30 minutes prior to lunch) based on the following guidelines:
 - Fixed dose: _____ units plus insulin correction scale; *OR*
 - Insulin to Carbohydrate Ratio: 1 unit insulin per _____ grams carbohydrate plus insulin correction scale
- **Insulin Correction Scale**
 Blood glucose below _____ = no additional insulin
 Blood glucose from _____ to _____ = _____ unit(s) insulin subcutaneously
 Blood glucose from _____ to _____ = _____ unit(s) insulin subcutaneously
 Blood glucose from _____ to _____ = _____ unit(s) insulin subcutaneously
 Blood glucose over _____ = _____ unit(s) insulin subcutaneously
 (Notify parent if blood glucose is over _____.)
- Oral Diabetes medication: _____ Dose _____ Time _____
- Student is to eat lunch following pre-lunch blood test and required medication.
- Parent/family instructed in diabetes self-management. Parent may may not adjust pre-lunch insulin dosage by up to 10% every 4 to 5 days as indicated by glucose trends. **Parent will communicate changes to school personnel.**

3. PRECAUTIONS:

Refer to the provider’s orders for Guidelines for Responding to Blood Glucose Test Results on the following page:

- **Hypoglycemia:** Signs of hypoglycemia include trembling, sweating, shaking, pale, weak, dizzy, sleepy, lethargic, confusion, coma, or seizures.
- **Hyperglycemia:** Signs include frequency of urination, excessive thirst and positive urinary ketones.

4. MEAL PLAN:

- The *Constant Carbohydrate Diet* emphasizes consistency in the number of grams of carbohydrate eaten from day to day at each meal or snack. Proteins and fats are “free foods” in that they have minimal effect on the blood glucose level. The child and parent can chose the carbohydrate product that they wish to use for meals or snacks. **Parent will communicate meal plan changes to school personnel.** Nutrition-rich carbohydrate foods are encouraged.

Breakfast _____ grams at _____ (time) Mid AM snack _____ grams at _____ (time)

Lunch _____ grams at _____ (time) Mid PM snack _____ grams at _____ (time)

- The *Insulin to Carbohydrate Ratio Meal Plan* allows a variable amount of carbohydrate to be eaten at any meal or snack, but requires appropriate insulin to balance the carbohydrate. The ratio is listed above in section 2. Use basic rounding rules for inexact CHO amounts.
- Does this student have an insulin pump? Yes No If yes, please attach student’s pump guidelines.

FOR DIABETIC SELF-CARE ONLY

- Does this student have provider permission to provide self-care? Yes No
- This student has been provided instruction/supervision in recognizing sign/symptoms of hypoglycemia. Yes No
- This student is capable of performing self-glucose monitoring and administering his/her own insulin injection/insulin pump care including using universal precautions and proper disposal of sharps. Yes No
- This student requires the assistance of a designated adult. Yes No
- This student requires the supervision of a designated adult. Yes No
- This student is completely independent and does not require supervision or assistance of an adult. Yes No

I understand that RISD reserves the right to require that medications and supplies be kept in the clinic if in the school nurse’s judgment, the student cannot or will not carry the medication/supplies in a safe manner and/or properly use them.

5. GUIDELINES FOR RESPONDING TO BLOOD GLUCOSE TEST RESULTS

- **If glucose is BELOW _____:** (hypoglycemia or low blood sugar)
 1. Give child 15 grams carbohydrate if child is alert and able to swallow.
(Examples include but are not limited to: 6 lifesavers; 4 ounces of juice; 6 ounces of regular soda; 3-4 glucose tabs)
 2. Allow child to rest for 10 – 15 minutes, and retest glucose.
 3. If glucose is above _____, allow student to proceed with scheduled meal, class or snack.
 4. If symptoms persist (or blood glucose remains below _____), repeat 1 and 2.
 5. If symptoms still persist, notify parent and keep child in clinic.
- **If blood glucose is BELOW _____ and the child is unconscious or seizing:**
 1. Call emergency medical services.
 2. Rub a small amount of glucose gel (or cake frosting) on child’s gums and oral mucosa.
 3. If available, inject Glucagon _____mg. SQ.
 4. Notify parent.
- **If blood glucose is FROM _____ to _____: Follow usual meal plan and activities** (unless otherwise directed by insulin correction scale for insulin administration)
- **If blood glucose is OVER _____:**
 1. If within 30 minutes prior to lunch, follow insulin/medication orders from page 1. Nurse or unlicensed diabetes care assistant to be called if student unable to administer correction dose of insulin per student’s sliding scale orders.
 2. Student checks urine ketones.
 - If Ketones are negative or small:** Encourage water until ketones are negative.
 - If Ketones are moderate or large:**
 - Student should remain in clinic for monitoring.
 - Notify parent for pick up.
 - Encourage student to drink 8-10oz of water (or other carbohydrate-free liquid) every 20 minutes until ketones are negative; allow access to restroom.
 - If student remains at school, retest glucose and ketones every 2 hours or until ketones are negative.
 3. Student not to participate in PE or other forms of exercise if blood sugar is above 250 and ketones are present.
 4. If student develops nausea/vomiting, rapid breathing, and/or fruity odor to the breath, call 911, the nurse and the parents.
 5. Notify parent if blood glucose is over _____ to update parent and discuss management plan.

Provider signature _____ Date _____
 Clinic/facility _____ Phone _____ Fax _____
 Diabetes Nurse Educator: Name _____ Phone _____
 Clinical Dietitian: Name _____ Phone _____

TO BE COMPLETED BY THE PARENT:

We (I) the undersigned, the parents/guardians of _____ request that the above Diabetes Management and Treatment Plan be implemented for our (my) child. Delivery of this form to the school nurse constitutes my participation in developing this Plan, and is my consent to implement this Plan. I understand that it is my responsibility to provide the necessary equipment and supplies in order for the above healthcare service to be performed at school by district personnel. I will notify the school immediately if the health status of my child changes, if I change physicians or emergency contact information, or if the procedure is canceled or changes in any way. Information concerning my child’s diabetes health management may be shared with/obtained from the diabetes healthcare providers.

Signature _____ Date: _____ Relationship to student: _____
 Phone (Hm) _____ (Wk) _____ (Cell) _____



SERVICIOS DE SALUD

Distrito escolar independiente de Richardson

Cuestionario para los Padres de Estudiantes con Diabetes

Por favor complete todas las preguntas. Esta información es indispensable para la enfermera de la escuela y el personal de la escuela para determinar las necesidades especiales de su alumno...

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Escuela: _____ Grado: _____

Table with 3 columns: Información de emergencia, # Primaria:, Número alternativo: and rows for Padre o tutor, Otros.

HISTORIA DE DIABETES

- ¿Cuándo fue su hijo diagnosticado con diabetes?
Otros miembros de la familia tienen diabetes?
¿Su niño tiene alguna complicación de la diabetes...?
En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta:
¿Cuál fue el nivel más reciente de HgbA1C?
¿Es este un nivel típico para su hijo?
¿Es independiente el estudiante en el manejo de su diabetes en casa? Marque las casillas de las actividades que el estudiante es capaz de realizar con mínima o ninguna supervisión

COMIDAS

- Que el estudiante sé que desayunan en la escuela?
El estudiante requerirá bocadillo/snack durante el día escolar?
Tenga en cuenta que todos los aperitivos deben incluirse en las órdenes del médico. Los padres deben proporcionar todos los aperitivos.
El alumno traída su almuerzo de casa o come en la cafetería?

DESPUÉS DEL CUIDADO DE LA ESCUELA

- El estudiante viaja en autobús?...
Donde ira el estudiante después de la escuela?
El estudiante participará en extraescolares o actividades después del día escolar?
En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta:

ACADÉMICOS

- El alumno ha tenido cualquier preocupación académica en el pasado?
En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta:

PSICOSOCIAL

- Por favor describa la situación de vida y dinámica familiar del estudiante.
¿Tienes alguna preocupación acerca del afrontamiento o autoestima del estudiante relacionado al diabetes?
En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta:

CONSIDERACIONES DE LAS MEDIDAS ADICIONALES

- Además el tratamiento prescrito por el médico, hay algo más el estudiante utiliza o no para ayudar a controlar su diabetes?
En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta:
¿Existen prácticas religiosas o preferencias que pueden influir en la atención del estudiante en la escuela?
En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta:



HEALTH SERVICES

Responsabilidades y Agradecimientos de Padres y Estudiantes Relacionado con el manejo de la diabetes en la escuela

* este formulario se renovará anualmente

Padre/Tutor:

Entiendo que es mi responsabilidad:

- Proporcionar documentación médica y las órdenes para el tratamiento de la diabetes con los cambios al día.
- Comunicar directamente con la enfermera de la escuela, preferentemente por teléfono, correo electrónico, o en persona.
- Según sea necesario, comunicar resultados de glucosa en sangre anormales en casa con la enfermera de la escuela.
- Informar a enfermera de nuevos equipos o suministros diabéticos, situaciones especiales o cambios de tratamientos y proporcionar una educación de los mismos si es necesario.
- Traer suministros diabéticos todo necesarios (incluye glucómetro, tiras de prueba, punción dispositivos y lancetas, tiras de la cetona, insulina, inyecciones, tabletas de glucosa o acción rápida fuente de azúcar, snack y cualquier otro equipo/alimentos/bebidas consideradas necesarios) y vuelva a colocar estos artículos sobre el año escolar y cuando la fuente es baja por notificación de la escuela.
- Números de teléfono de trabajo actual y al día en todo momento.
Colaborar con el equipo de la escuela para implementar y evaluar el estudiante IHP y plan 504 (si corresponde).

Además de la identificación de alerta médica (como pulsera o collar), se recomienda alertar a otros a la diabetes del estudiante en caso de emergencia.

Con respecto al uso de **monitores de glucosa continuos (CGM)**: entiendo, reconozco y acepto lo siguiente:

- Ni la ley, ni la política requiere que Richardson ISD (RISD) acceda o controle el CGM de mi hijo o monitoree continuamente la glucosa de mi hijo de cualquier manera.
- El personal de la escuela de RISD no supervisará los datos de CGM de mi hijo en ningún dispositivo personal o del distrito.
- Todo el tratamiento médico proporcionado por el personal escolar de RISD a mi hijo para síntomas relacionados con la diabetes se realizará solo después de un piquete del dedo aprobado por la FDA y no por ningún motivo relacionado con el dispositivo CGM de mi hijo que no esté aprobado por la FDA para tratamiento.
- Las decisiones de tratamiento basadas en CGM pueden tomarse usando un dispositivo que está aprobado por la FDA para el tratamiento según lo indicado en el plan de gestión médica para la diabetes del niño. Entiendo que el personal de la escuela controlará la glucosa en sangre con un piquete del dedo para confirmar el nivel de glucosa en situaciones en las que no están seguros de las lecturas de MCG.
- Entiendo que los medicamentos que contienen paracetamol (Tylenol) pueden dar falsas lecturas elevadas de MCG y es mi responsabilidad notificar a la enfermera de la escuela cuando mi hijo haya recibido acetaminofeno (Tylenol).
- Entiendo que el CGM de mi hijo requiere un servicio de internet inalámbrico y que RISD no es responsable de ningún fallo en el servicio de internet inalámbrico o cualquier problema de "conexión" inalámbrica de ningún tipo.
- Entiendo que soy el único responsable del mantenimiento y mantenimiento del CGM de mi hijo, que incluye, entre otros, garantizar el correcto funcionamiento del CGM y que todas las actualizaciones de software y / o del programa se han completado, y que el RISD no es responsable de ningún problema de funcionamiento que pueda ocurrir con el CGM de mi hijo y no usará las lecturas de MCG para el tratamiento si el dispositivo no se mantiene y calibra correctamente.

Nombre de Padre y Firma: _____ Fecha: _____

Estudiante:

Entiendo que es mi responsabilidad:

- Venir al consultorio antes del almuerzo para administración de insulina y pruebas de glucosa de sangre (a menos que el estudiante es autorizado por el médico/proveedor, padres y RISD proporcionar cuidados personales fuera de la clínica).
- Entender los signos y síntomas de hipo e hiperglucemia en razón de su edad.
- Cuando tenga signos o síntomas de hipo o hiperglucemia, buscar la ayuda de la enfermera o personal de nivel III. Discutir resultados de glucosa en sangre en comparación con los síntomas y tratar el nivel de glucosa en sangre si es necesario.
- Comer todos los alimentos tal y como previsto después de determinar la cantidad de dosis de insulina de almuerzo.
- Notificar a sus padres de la necesidad para suministros diabéticos adicional en la escuela.

Nombre de Estudiante y firma: _____ Date: _____



HEALTH SERVICES

Richardson Independent School District

**Authorization for Administration of Diabetes Management and Care Services
By Unlicensed Diabetes Care Assistant**

Información para los padres: La salud y la seguridad de cada estudiante es siempre de primordial importancia para cada empleado de RISD. El distrito está comprometido a proveer un alto nivel de atención para satisfacer cualquier exposición de los alumnos de necesidades médicas especiales. Para ayudar a cumplir ese compromiso, RISD asegura que una enfermera se asigna a cada escuela. La 79ª legislatura de Texas, a través de casas Bill 984, modificó el código de salud y seguridad para proporcionar requisitos más específicos para la prestación de servicios de cuidado y manejo de la diabetes a los estudiantes en las escuelas públicas que buscan atención para la diabetes del estudiante en la escuela. La escuela, junto con los padres, desarrollará para cada estudiante que busca la atención de la diabetes en la escuela una salud Plan individualizado que especificará el manejo de la diabetes y los servicios de atención que requiere el estudiante en la escuela. Tradicionalmente, la enfermera de la escuela ha proporcionado que cualquier estudiante de atención médica puede requerir en la escuela. Bajo HB 984, cada escuela debe entrenar también otros empleados para servir como asistentes de cuidado de la Diabetes sin licencia que pueden proporcionar servicios de atención y manejo de la diabetes si una enfermera no está disponible cuando un estudiante necesita estos servicios. Dichos servicios incluyen la administración de insulina, o en una emergencia, glucagón. RISD ha capacitado personal en cada escuela para proporcionar tales servicios. HB 984 más específica que un asistente de cuidado sin licencia de Diabetes ejerce su juicio y discreción en la prestación de servicios de atención de diabetes y que nada en el estatuto limita la inmunidad de responsabilidad otorgada a los empleados en la sección 22.0511 del código de educación de Texas.

Bajo HB 984, un asistente de cuidado sin licencia de Diabetes puede sólo administrar servicios de cuidado y manejo de diabetes si el padre/tutor autoriza un asistente de cuidado sin licencia de Diabetes ayudar al estudiante y confirma su comprensión que un asistente de cuidado sin licencia de Diabetes es inmune a la responsabilidad por daños civiles en la sección 22.0511 del código de educación de Texas.

Por favor marque la casilla apropiada para indicar su elección si desea permitir un asistente de cuidado sin licencia de Diabetes prestar servicios a su niño:

- SI** Acuerdo de servicios: Autorizo un asistente de cuidado sin licencia de Diabetes para proporcionar diabetes servicios de gestión y atención a mi hijo en la escuela. Entiendo que un ayudante de cuidado de Diabetes sin licencia es inmune a la responsabilidad por daños civiles en la sección 22.0511 del código de educación de Texas.
- NO** Yo NO autorizo un asistente de cuidado sin licencia de Diabetes para proporcionar servicios de atención y manejo de la diabetes a mi hijo en la escuela.
- Mi hijo puede controlar su diabetes completamente independiente y no buscará la asistencia para su diabetes en la escuela. Entiendo que la enfermera de la escuela proporcionará atención de emergencia cuando sea necesario. Esta información se compartirá con el personal del distrito escolar según sea necesario.

NOMBRE DE ESTUDIANTE

ESCUELA

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL

FECHA FIRMA



HEALTH SERVICES

Richardson Independent School District

Petición de los Padres y/o Proveedor para La Administración de Medicamentos por El Personal de la Escuela

2020-2021

Fecha: _____ Escuela: _____ Maestra/Grado: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Medicamento: _____ Fecha de Vencimiento: _____ Dosis: _____

El método de administración: por la boca inhalación tópico ojo(s) oído(s) nasal inyección (círculo: IM SQ IV) rectal GT/JT

Horas para dárselo: _____ Fecha en que debe terminar: _____

El medicamento es requerido por: _____

¿Ha tomado su hijo(a) este medicamento antes? SÍ NO

Alergias medicamentosas: No alergias medicamentosas conocidas Alergia: _____

Instrucciones Especiales/Precauciones/Efectos Secundarios del medicamento: _____

Indique cómo desea que se devuelva el medicamento a su casa cuando expire el pedido de medicamento:

Enviar a casa en la mochila del estudiante* recogido por el padre o el tutor legal por favor descarte las dosis restantes

*Las sustancias controladas, por ejemplo, el Ritalin o sales de anfetamina deben ser recogidas por un padre o tutor legal, no deberán ser devueltos a el estudiante.

El distrito tomar las medidas razonables para almacenar medicamentos a temperatura ambiente a menos se requiere la refrigeración. Los padres deben tomar medicamentos casero durante vacaciones escolares para evitar la exposición de medicamentos un calor o frío extremos.

Mi firma abajo indica que yo pido el personal de RISD administre el medicamento como se indica arriba a mi hijo/hija, y yo estoy dando permiso para los empleados de RISD contacten al médico por información adicional, si es necesario. Entiendo que para los medicamentos de venta con receta, solo un suministro de 30 días, se acepta a la vez.

Firma de un Padre o Guardián: _____ e-mail: _____

Teléfono del Guardián Durante el Día: (____)____-____ Celular: (____)____-____

Nombre del Proveedor: _____ Teléfono: (____)____-____

*La firma del medico es necesaria para administrar medicamentos de venta libre por mas de diez dias escolares consecutivos desde la fecha de la solicitud original. Medicamento con la etiqueta impresa de la pharmacia no requiere la firma del medico a continuacion.

* Firma del Doctor/Proveedor: _____

FOR OFFICE USE ONLY Entered in Focus Teacher Notified ____/____ IHP in Focus & eStar (if applicable)

Prescription Medication Count:

Date	# Pills	Counter's Signature	Witness Initials	Date	# Pills	Counter's Signature	Witness Initials

Comments (Indicated by * on back of form):

Date	Comments	Date	Comments	Date	RN Review

La medicina regreso a: Padre / Estudiante _____ Fecha: _____
Parent/Student Signature

STUDENT'S NAME: _____ MEDICATION: _____

DOSAGE: _____ TIME: _____

DAY	AUG	SEPT	OCT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUNE	DAY
1												1
2												2
3												3
4												4
5												5
6												6
7												7
8												8
9												9
10												10
11												11
12												12
13												13
14												14
15												15
16												16
17												17
18												18
19												19
20												20
21												21
22												22
23												23
24												24
25												25
26												26
27												27
28												28
29												29
30												30
31												31
DAY	AUG	SEPT	OCT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUNE	DAY

CHARTING CODES

A	DC	FT	H	OOM	R	*
Absent	Discontinued	Field Trip	Hold	Out of Medication	REACH	Comments on front of form