



Control y tratamiento independiente de la diabetes del estudiante en la escuela

_____ [nombre completo del estudiante] está autorizado(a) para controlar de forma independiente su diabetes en la escuela y durante eventos patrocinados por la escuela el año escolar 20___. Tradicionalmente, las enfermeras escolares han provisto a los estudiantes toda atención médica que necesitaran en la escuela, pero CFISD se compromete a apoyar a los estudiantes diabéticos para que se vuelven más independientes en lo que respecta al control y el tratamiento de su diabetes. El código de Salud y Seguridad de Texas permite a estudiantes, que demuestran su habilidad para controlar y tratar su diabetes de forma adecuada, transportar sus propios medicamentos e insumos y que controlen su diabetes de forma independientemente de la enfermera escolar u otros miembros del personal. Los padres o tutores legales son responsables de proporcionar todos los insumos o equipos necesarios para el control y el tratamiento. Además, todos los planes de control y las órdenes deben renovarse anualmente.

La enfermera del plantel ha verificado lo siguiente:

- en los archivos hay una orden actual para auto control emitida por el proveedor de atención médica del estudiante;
- este año escolar, los padres del estudiante han presentado un permiso por escrito para que el estudiante controle y trate su diabetes de forma independiente; y
- el estudiante ha demostrado a la enfermera de la escuela su capacidad para:
 - administrarse los medicamentos y tratamientos necesarios;
 - articular el nombre y describir el propósito de cada medicamento incluido en el plan de tratamiento;
 - identificar la dosis recetada para cada medicamento incluido en el plan de tratamiento;
 - articular la hora o circunstancias por las cuales se debe administrar el medicamento;
 - identificar adecuadamente problemas para los que se necesita la ayuda de un adulto en el entorno escolar;
 - usar un recipiente personal adecuado para la eliminación de lancetas; e
 - identificar la fecha de vencimiento del medicamento.

Yo _____ [nombre del estudiante], entiendo el uso apropiado del medicamento (o medicamentos) y que los medicamentos identificados en mi plan de tratamiento son solo para control y tratamiento de mi diabetes. Entiendo que las normas de CFISD prohíben el transporte de medicamentos por los estudiantes durante el día escolar regular y que esta autorización se me permite a mí porque he demostrado capacidad para controlar personalmente mi diabetes. Voy a ser responsable con mi medicamento (o medicamentos) y equipos, usar mis medicamentos siguiendo las instrucciones del médico que me los ha recetado o las del fabricante, guardar los medicamentos y equipos en un lugar seguro junto en mis pertenencias y no voy a compartir medicamentos o equipos con otros bajo ninguna circunstancia. Entiendo también que usar de forma incorrecta o compartir medicamentos o equipos para tratamiento podrá tener como resultado la toma de medidas disciplinarias de acuerdo con lo establecido en el Código de Conducta del estudiante. En el caso que tenga preguntas acerca de mis medicamentos o si tuviera algún síntoma después de usar mis medicamentos; buscaré la ayuda de la enfermera del plantel o de otro adulto responsable.

Firma de la enfermera de la escuela: _____ Fecha: ____/____/20__

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: ____/____/20__

Firma del estudiante: _____ Fecha: ____/____/20__