



# STUDENT HEALTH HISTORY - DIABETES

Student Name: \_\_\_\_\_ Student Number: \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ Teacher/Grade: \_\_\_\_\_  
 Doctor: \_\_\_\_\_ Doctor's Number: \_\_\_\_\_ Ride Bus: Yes\_\_ No\_\_

**Allergies:** \_\_\_\_\_

Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_ Other Phone: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_ Other Phone: \_\_\_\_\_

Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_ Other Phone: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_ Other Phone: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

Year diagnosed with diabetes: \_\_\_\_\_

Does your child take insulin at home?  Yes  No If yes, type: \_\_\_\_\_ Time(s): \_\_\_\_\_

Will insulin administration be required at school?  Yes  No

What other medications is your child taking?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

If prescribed, have you ever had to give Glucagon to your child?  Yes  No

What symptoms does your child experience when their blood sugar levels are either:

High \_\_\_\_\_ Low \_\_\_\_\_

High \_\_\_\_\_ Low \_\_\_\_\_

***Child's healthcare provider must complete a Diabetes Medical Management Plan***

## INSULIN PUMP MANAGEMENT

Name of pump: \_\_\_\_\_ Manufacturer Name: \_\_\_\_\_

Model Number: \_\_\_\_\_

My child is able to change the insulin infusion set using standard precautions.  Yes  No

*If a student is unable to change site independently, parent will be notified.*

My child is able to administer insulin via a syringe or pen if the pump malfunctions.  Yes  No

*Parents must provide extra supplies to include, but not limited to: infusion sets, reservoirs, batteries, insulin, syringes, and any other associated equipment.*



# STUDENT HEALTH HISTORY - DIABETES

Parent will be contacted should any of the following occur at school:

- Soreness or redness at pump insertion site
- Detached dressing
- Site change needed
- Corrective measures do not return blood glucose to target range
- Infusion set displaced.

## SNACKS

Will your child require a snack at school?  Yes  No Indicate time(s) \_\_\_\_\_

*Snacks are to be provided, monitored, and replaced by the parent as needed.*

## EMERGENCY PLANS:

- In the event of a lockdown, medication kept in the clinic will not be available to your child. We encourage you to discuss a plan with your child’s physician and the school nurse. Please note any special instructions to be included as part of your child’s Emergency Action Plan below.
- In the event of an evacuation, emergency medications will be taken to the evacuation site, whenever possible.

I understand that my child’s healthcare provider must complete a **Diabetes Medical Management Plan**, directing the specific care to be provided at school and indicating what procedures the student may or may not perform independently.

I understand that my child's Emergency Action Plan will be shared with appropriate school staff that have a need to know about the health condition. I further understand that the school is not responsible for damage or loss of equipment utilized in providing medically prescribed treatments or procedures.

I give permission for my child's health care provider to be contacted for information regarding my child's medical condition. I have reviewed and agree with the information provided on this Health History form.

Parent/Guardian: \_\_\_\_\_  
Signature Date

Reviewed by: \_\_\_\_\_  
School Nurse Date

\*\*\*\*\*

## FOR SCHOOL NURSE USE ONLY

Notes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Student Name \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_



# HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE - DIABETES

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Número de Estudiante: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro/Grado: \_\_\_\_\_  
 Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono del Doctor: \_\_\_\_\_ Usa el Bus: Sí\_\_ No \_\_

**Alergias:** \_\_\_\_\_

Padre/Tutor legal: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Madre/Tutor legal: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_

Diagnosticado(a) con diabetes en el año: \_\_\_\_\_  
 ¿Su hijo(a) se aplica insulina en casa?  Sí  No En caso afirmativo, tipo: \_\_\_\_ Hora(s): \_\_\_\_\_  
 ¿Será necesario administrar insulina en la escuela?  Sí  No  
 ¿Qué otro medicamento toma su hijo(a)?  
 \_\_\_\_\_  
 Si se lo han recetado, ¿alguna vez ha administrado Glucagón a su hijo?  Sí  No  
 ¿Qué síntomas experimenta su hijo cuando sus niveles de azúcar en sangre son:  
 Alto \_\_\_\_\_ Bajo \_\_\_\_\_  
 Alto \_\_\_\_\_ Bajo \_\_\_\_\_  
*El proveedor de atención de salud del niño debe cumplimentar un Plan de control médico de la diabetes*

## MANEJO DE LA BOMBA DE INSULINA

Nombre de la bomba: \_\_\_\_\_ Nombre del Fabricante: \_\_\_\_\_  
 Número de Modelo: \_\_\_\_\_

Mi hijo es capaz de cambiar el equipo de infusión de insulina siguiendo las precauciones habituales.  Sí  No  
*Si un alumno no puede cambiarlo de forma independiente, se avisará a sus padres.*

Mi hijo puede administrarse insulina con una jeringa o una pluma de insulina si la bomba no funciona correctamente.  Sí  No

*Los padres deben proporcionar suministros adicionales que incluyen, pero no se limitan a: equipos de infusión, reservorios, baterías, insulina, jeringas y cualquier otro equipo asociado.*



# HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE - DIABETES

Se contactará con los padres en caso de que se produzca alguna de las siguientes situaciones en la escuela:

- Dolor o enrojecimiento en el lugar de inserción de la bomba
- Vendaje separado
- Es necesario cambiar el sitio
- Las medidas correctivas no devuelven la glucemia al rango objetivo
- Equipo de infusión desplazado.

## REFRIGERIO (Snack)

¿Requerirá su niño un refrigerio en la escuela?  Sí  No Indicar la hora(s) para comerlo \_\_\_\_\_

*Los refrigerios (snacks) serán proveídos, monitoreados y reemplazados por los padres según sea necesario.*

### PLANES DE EMERGENCIA:

- En caso de cierre por emergencia de la escuela, los medicamentos guardados en la clínica no estarán disponibles para su hijo(a). Le animamos a que discuta un plan con el médico de su hijo y la enfermera de la escuela. Por favor, anote a continuación cualquier instrucción especial que deba incluirse como parte del Plan de Acción de Emergencia de su hijo.
- En caso de evacuación, los medicamentos de emergencia se llevarán al lugar de evacuación, siempre que sea posible.

\_\_\_\_\_

Entiendo que el proveedor de atención médica de mi hijo(a) debe completar un **Plan de Gestión Médica de la Diabetes**, dirigiendo la atención específica que se proporcionará en la escuela e indicando qué procedimientos el estudiante puede o no puede realizar de forma independiente.

Entiendo que el Plan de Acción de Emergencia de mi hijo será compartido con el personal escolar apropiado que tenga necesidad de saber sobre su problema de salud. Además, entiendo que la escuela no es responsable de los daños o la pérdida del equipo utilizado para proporcionar tratamientos o procedimientos médicos prescritos.

Doy permiso para que el proveedor de atención médica de mi hijo(a) sea contactado para obtener información sobre el problema médico de mi hijo. He revisado y estoy de acuerdo con la información proporcionada en este formulario de historial de salud.

Padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_ Enfermera escolar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### FOR SCHOOL NURSE USE ONLY

Notes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Student Name \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

## ISTWA SANTE ELÈV LA - DYABÈT

Non Elèv la: \_\_\_\_\_ Nimewo ID li \_\_\_\_\_  
 Dat Nesans: \_\_\_\_\_ Lekòl: \_\_\_\_\_ Pwofesè/Nivo Klas li: \_\_\_\_\_  
 Doktè li: \_\_\_\_\_ Nimewo Doktè a: \_\_\_\_\_ Monte Bis: Wi\_\_Non\_

Alèjik: \_\_\_\_\_

Paran/Responsab: \_\_\_\_\_ Telefòn Lakay: \_\_\_\_\_ Lòt Telefòn: \_\_\_\_\_

Paran/Responsab: \_\_\_\_\_ Telefòn Lakay: \_\_\_\_\_ Lòt Telefòn: \_\_\_\_\_

Kontak Ijan: \_\_\_\_\_ Telefòn Lakay: \_\_\_\_\_ Lòt Telefòn: \_\_\_\_\_

Relasyon: \_\_\_\_\_

Kontak Ijan: \_\_\_\_\_ Telefòn Lakay: \_\_\_\_\_ Lòt Telefòn: \_\_\_\_\_

Relasyon: \_\_\_\_\_

Ane li dyagnostike avèk dyabèt la: \_\_\_\_\_

Eske pitit ou a pran ensilin lakay?  Wi  Non Si wi, ki tip: \_\_\_\_\_ Lè: \_\_\_\_\_

Eske yo egzije pou administre ensilin nan nan lekòl?  Wi  Non

Ki lòt medikaman pitit ou a ap pran?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Si yo preskri li, eske ou konn genyen pou bay li Glucagan  Wi  No

Ki sentòm pitit ou a genyen lè nivo sik li swa:

Wo \_\_\_\_\_ Ba \_\_\_\_\_

Wo \_\_\_\_\_ Ba \_\_\_\_\_

***Moun ki ap pran swen sante timoun nan dwe konplete yon Plan Jesyon Medikal***

### JESYON PONP ENSILIN

Non ponp lan: \_\_\_\_\_ Non Manifaktire a: \_\_\_\_\_

Nimewo modèl la: \_\_\_\_\_

Pitit mwen an kapab chanje aparèy enfizyon ensilin nan kote li kapab itilize nòmal prekosyon.  Wi  Non

*Si elèv la pa kapab chanje aparèy la pou kont li, yo pral avèti paran li*

Pitit mwen an kapab resevwa ensilin atravè sereng oswa plim si ponp lan malfonksyone.  Wi  Non

*Paran dwe bay ekstra materyèl ki enklè, men ki pa limite a: aparèy enfizyon, rezèvwa, batri, ensilin, sereng, e nenpòt lòt ekipman ki asosye avèk li.*



# ISTWA SANTE ELÈV LA - DYABÈT

Yo pral kontakte paran an si nenpòt nan bagay sa yo rive nan lekòl la:

- Si kote pou plase ponp lan yon jan redi oswa li yon jan wouj
- Genyen eleman ki detache
- Yo bezwen chanje kote pou mete ponp lan
- Mezi korektif pou retounen gloukoz sangen an pa nan dimansyon yo sible a
- Aparèy enfizyon an pa nan plas li.
- 

## FRIYANDIZ

Eske pitit ou a egzije yon friyandiz nan lekòl?  Wi  Non Endike lè a \_\_\_\_\_

**PLAN IJAN:**

- Nan yon ka kote genyen yon danje nan lekòl la, medikaman ki nan klinik yo pa pral disponib pou pitit ou itilize. Nou ankouraje pou diskite yon plan avèk doktè pitit ou a e enfimyè lekòl la. Tanpri note nenpòt enstriksyon espesyal ki dwe enkli nan Plan Aksyon Ijan pitit ou a ki anba.

---

- Nan ka ta va genyen yon evakyasyon, yo pral transfere medikaman ijan nan syèj evakyasyon an, nenpòt lè sa posib

### *Paran dwe pote friyandiz, kontwole li e ranplase li si sa nesèsè*

Mwen konprann ke moun kap pran swen sante pitit mwen an dwe konplete yon **Plan Jesyon Medikal pou Dyabèt**, bay swen espesifik pou yo pran nan lekòl la e endike ki pwosedi ke elèv kapab oswa pa kapab pèfòme pou kont yo.

Mwen konprann ke Plan Aksyon Ijan pitit mwen an pral pataje avèk manb pèsonèl lekòl apwopriye ki bezwen konnen kondisyon sante a. Mwen konprann davantaj ke lekòl la pa responsab pou domaj oswa ekipman ki pèdi ke yo itilize pou bay tretman oswa pwosedi medikal ke yo preskri a.

Mwen bay pèmasyon pou kontakte moun kap bay pitit mwen an swen sante pou founi enfòmasyon konsènan kondisyon medikal pitit mwen an. Mwen te revize epi dakò avèk enfòmasyon ke yo bay nan fòm Istwa Sante a.

Paran/Responsab:

\_\_\_\_\_

Siyati Dat

Revize pa: \_\_\_\_\_

Enfimyè Lekòl la Dat

\*\*\*\*\*

### FOR SCHOOL NURSE USE ONLY

Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Student Name \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_