

TREATMENT & MANAGEMENT PLAN FOR THE DIABETIC STUDENT AT SCHOOL (revised 04/06 CCS/KCS)

Name of Student: _____ D.O.B: _____
School: _____ Grade: _____ Teacher: _____

PHYSICIAN'S AUTHORIZATION OF PRESCRIPTION MEDICATION FOR THE STUDENT WITH DIABETES AT SCHOOL

In order to keep this child in optimum health and to help maintain school performance and sustain attendance, it is necessary that the following medication be given during school.

Type of Insulin: _____ To be administered via: needle/syringe insulin pen pump-type? _____ oral medication

To correct high BS, give _____ units for every _____ g/dl over _____. **** If the student is on an insulin pump, allow pump to calculate dose.**

Correction Scale: _____ to _____ = _____ units _____ to _____ = _____ units
_____ to _____ = _____ units _____ to _____ = _____ units
_____ to _____ = _____ units _____ to _____ = _____ units

Glucagon order will be given in case the student becomes unconscious, is seizing or is unable to swallow. NO YES If yes, give Glucagon _____ mg IM/SubQ call 911

Student's parent knows of this request and is in full agreement that this medication and all necessary supplies needed to administer it, to monitor blood sugar and to treat low blood sugar will be provided by the parent. (i.e. snacks, lancets, ketone sticks, insulin pen or syringes, batteries, etc.)

Physician's Name: _____ Physician's Signature: _____ Date: _____

Phone #: _____ Fax #: _____

AUTORIZACION DEL PADRE/REPRESENTANTE: (si el estudiante es completamente independiente en todos los aspectos de la administración de su diabetes, será necesario firmar una orden de Automedicación). Yo, por medio de la presente, autorizo a mi hijo(a) para recibir medicamento durante las horas de escuela. Yo entiendo que la escuela no asume responsabilidad por la administración del medicamento. Este medicamento ha sido prescrito por un médico autorizado. Yo, por medio de la presente, libero a la Junta Directiva de la escuela, sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pueda presentarse como resultado de la administración de medicamentos prescritos o no prescritos tomados por mi hijo(a).

Firma del padre/representante: _____ Fecha: _____ N° de teléfono: _____

PHYSICIAN AND PARENT AUTHORIZATION FOR HAVING SPECIALIZED PHYSICAL HEALTH CARE SERVICES PROVIDED

The above named student has diabetes and requires the following procedures to be provided during the school day:

Blood Sugar Monitoring NO YES Insulin Administration via injection NO YES Urine Ketones Checked as needed NO YES

Insulin administered via pump NO YES Glucagon Injection as needed NO YES

Physician's Name: _____ Physician's Signature: _____ Date: _____

AUTORIZACION DEL PADRE/REPRESENTANTE.

Yo, por medio de la presente, solicito el procedimiento especificado arriba para el estudiante ya mencionado.

Firma del padre/representante: _____ Fecha: _____

AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION

Yo, por medio de la presente, autorizo _____ para dar a la enfermera de la escuela información médica específica y confidencial, archivada en el expediente de mi hijo(a). Esta información será usada por el personal de la escuela para administrar servicios de salud a mi hijo(a) en la escuela.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Para: (Medico/Clinica) _____

Firma del padre/representante: _____ Fecha: _____