



Admisión de Estudiantes: Diabetes de tipo D (T1D)

Información básica del estudiante			
Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento		
Escuela:	Grado	Salón principal	
Padre/Tutor legal 1		Teléfono	
Padre/Tutor legal 2		Teléfono	
Idioma principal de la familia			
Manejo e historial médico			
Endocrinólogo:		Teléfono:	
Educador de diabetes		Teléfono:	
Clínica		Fax:	
Última cita	HgA1c más reciente/Fecha		
Edad al diagnosticarse	Hx de hospitalizaciones		
Transporte y actividades			
Transporte	<input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Autobús	Duración del viaje en autobús	
¿Asiste el estudiante a un cuidado de niños antes y después de la escuela?	<input type="checkbox"/> Antes de la escuela <input type="checkbox"/> Despues de la escuela <input type="checkbox"/> Ninguno		
¿Participa el estudiante en clubes o deportes?			
Monitoreo de la glucosa sanguínea			
¿Tiene el estudiante un CGM?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está el CGM aprobado para decisiones de tratamiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin específicos del CGM			
Nivel de apoyo con el monitoreo de la glucosa	<input type="checkbox"/>	Requiere asistencia <input type="checkbox"/> Requiere supervisión <input type="checkbox"/> Independiente	
Lugar de la prueba			
Frecuencia de la prueba			
Parámetros/frecuencia de notificación de los padres			
Insulina			
Método de administración	<input type="checkbox"/> Pluma <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Bomba	Horas de administración	
Información de la bomba			
Específicos de insulina			
Nivel de apoyo con insulina	<input type="checkbox"/>	Requiere asistencia <input type="checkbox"/> Requiere supervisión <input type="checkbox"/> Independiente	
Glucagón			
Tipo de glucagón:	<input type="checkbox"/> Intranasal <input type="checkbox"/> Inyectable	Glucagón administrado anteriormente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nutrición			
¿Va a comer el estudiante los almuerzos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ambos	Almuerzo gratuito y a precio reducido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hay necesidades dietéticas especiales?			
Nivel de apoyo para contar carbohidratos	<input type="checkbox"/>	Requiere asistencia <input type="checkbox"/> Requiere supervisión <input type="checkbox"/> Independiente	
Bocadillos programados	Horas de comidas		
Observaciones			



Admisión de Estudiantes: Diabetes de tipo D (T1D)

Discusiones/notas de admisión
¿El estudiante tuvo un IEP/504 o IHP en escuelas anteriores?
Encierro de emergencia, bloqueo, refugio en el lugar, evacuación
Nivel de independencia del estudiante
¿Reconoce el estudiante los altibajos?
Inquietudes sobre la diabetes/otros diagnósticos médicos
Discapacidades presentes
Historial del comportamiento
Factores psicosociales
Consideraciones culturales y lingüísticas
Plan de comunicación
Excusiones escolares
Otras observaciones