## Care Plan and Health Information **Diabetes** Enrollment Date_____

Child's Name_____Nickname_____Date of Birth_____

Parent/Guardian_____Daytime phone (W)_____(H)_____

Physician_____Phone_____Address_____

**Insulin:** Type/name of Insulin_____dosage_____Who gives it?_____

Typical injection times: Circle all that applies.

**AM** 6:00 7:00 8:00 9:00 10:00 11:00 12 noon **PM** 1:00 2:00 3:00 4:00 5:00 6:00 7:00

**Glucose Blood Testing:** ☐ "finger poke" blood test

Name of glucose monitoring tool_____ Parent supplied? Y N

Normal blood sugar range_____Over this number is HIGH_____Below this number is LOW_____

Supplies: Latex gloves 1:10 bleach solution Alcohol swabs Paper towels Table/chair BandAids
OSHA approved lancet and contaminated items disposal container Self closing-plastic bags

*Training* for Glucose Blood Test done by_____Date_____
for these Teachers, Caregivers and Alternates.

1_____2_____3_____

Is this child able to understand and fully co-operate with the blood testing procedure? Yes No

Tips for the staff:_____

| **High Blood Sugar** | **Low Blood Sugar** |
|---|---|
| Caused by stress, emotional upset, being sick, missing an insulin injection, too much food, and lack of exercise. | Caused by too little food, too much insulin, too much time between meals/snacks, lots of exercise and excitement and some medicines. |
| Blood test is higher than normal for this child and/or; | Blood test is lower than normal for this child and/or *fast onset* of ; |
| Upset stomach (nausea) | Shakiness or jittery |
| Very Thirsty | Fast heartbeat |
| Frequent urination (peeing) | Dizziness |
| Fruity smell to breath | Irritable |
| Fast breathing | Hungry |
| Very tired or 'slow moving" | Weakness or fainting |
| Treatment for high blood sugar is generally an Insulin injection or increasing exercise. | Treatment for low blood sugar is swallowing a quick source of glucose or simple sugar foods. |

## Meal Planning and Nutrition Guidelines for the Child with Diabetes.

❒ A Food Plan is on file for this child.

Meals and snacks must be scheduled at the same time each day for consistency and management. Indicate time of day to schedule food intake for this child.

Breakfast____ snack_____snack_____Lunch_____snack_____snack_____Dinner_____snack____

Indicate developmental stage for feeding skills: Circle all that apply.

Bottle only Cup with help Self cup Finger foods Uses spoon/fork Eats regular table foods

Is your child allergic to any foods? Describe_____

What foods does your child like?_____Dislike_____

What foods/beverages must NEVER be given to this CHILD_____

_____

## EMERGENCY

**Quick acting sources of sugar, given in emergency situations and on hand at all times.**

Give immediately if blood sugar level count is below _____or with symptoms of low blood sugar. These items are stored_____(where)

1._____2_____3_____4_____5_____
First choice

Never permit a child to exercise or participate in active play when stabilizing a low blood sugar.
**In case of Emergency Call 9-1-1 or Activate Emergency Medical Personnel then immediately call;**

1. Name_____Phone_____Relationship to child_____

2. Name_____Phone_____Relationship to child_____

**Exercise and Activity:**
Please indicate any activities or exercise which must require your permission or special notification prior to including your child. Unless specifically designated, your child will be included in all age appropriate activities scheduled for daily routines in the setting.

_____

In general, my child can eat the same foods as served to other children of the same age, while meeting approved dietary guidelines and participate in activities geared to his/her developmental stage.

Please notify me of changes in posted menus or prior to anticipated special occasions. These changes in schedules may require adjustments in my child's feeding schedule, dietary needs or Insulin injections.

Parent Signature_____Date_____

**Plan de Cuidados e Información de Salud Diabetes** Fecha de Registro _____

Nombre del Niño _____ Sobrenombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Padre/Madre/Tutor _____ Teléfono en el Día (Trabajo) _____ (Casa) _____

Médico _____ Teléfono _____ Dirección _____

**Insulina:** Tipo/nombre de insulina _____ dosificación _____ ¿Quién la proporciona?_____

Horario típico de inyección: Encierre en un círculo todo lo que proceda.

**AM** 6:00 7:00 8:00 9:00 10:00 11:00 12:00 **PM** 1:00 2:00 3:00 4:00 5:00 6:00 7:00

**Prueba de Glucosa en Sangre:** ☐ Prueba de sangre mediante "pinchazo en un dedo"

Nombre de la herramienta de monitoreo de glucosa _____ ¿proporcionada por los padres? SI NO

Rango normal de glucosa en sangre _____ Mayor que este número es ALTO _____ Menor que este número es BAJO _____

Suministros: Guantes de látex Solución blanqueadora 1:10 Torundas en alcohol Toallas de papel Mesa/silla Curitas Recipiente para disposición de lancetas y artículos contaminados aprobado por OSHA Bolsas de plástico con cierre automático

*Capacitación* para Prueba de Glucosa en Sangre efectuada por _____ Fecha _____ para estos Maestros, Personas que Prestan Cuidados y Suplentes.

1 _____ 2 _____ 3 _____

¿Puede el niño entender y cooperar totalmente al aplicar el procedimiento de prueba de sangre? Si No

Recomendaciones para el personal: _____

| **Glucosa Alta en Sangre** | | **Glucosa Baja en Sangre** |
|---|---|---|
| Ocasionado por estrés, trastorno emocional, estar enfermo, falta de una inyección de insulina, demasiado alimento y falta de ejercicio.<br><br>La prueba de sangre es más alta que lo normal para este niño y/o presenta:<br><br>Trastorno estomacal (náuseas)<br>Mucha Sed<br>Micción frecuente (orinar)<br>Respiración con olor a fruta<br>Respiración acelerada<br>Muy cansado o con "movilidad lenta"<br><br>El tratamiento de glucosa alta es generalmente una inyección de insulina o el aumento del ejercicio. | | Ocasionado por muy poco alimento, demasiada insulina, demasiado tiempo entre comidas/refrigerios, demasiado ejercicio y excitación y algunos medicamentos.<br><br>La prueba de sangre es más baja que lo normal para este niño y/o *presentación inmediata* de:<br><br>Tambaleo o agitación<br>Ritmo cardíaco acelerado<br>Mareo<br>Irritabilidad<br>Hambre<br>Debilidad o desfallecimiento<br><br>El tratamiento de glucosa baja en sangre es la ingesta de una fuente de azúcar de acción rápida o alimentos con azúcar simple. |

## Planeación de Comidas y Pautas de Nutrición para Niños con Diabetes

☐ El expediente de este niño incluye un Plan de Comidas

Las comidas y refrigerios deben programarse al mismo tiempo todos los días por consistencia y administración. Indique la hora del día para programar la ingesta de alimentos de este niño.

Desayuno ____ refrigerio ____ refrigerio ____ Almuerzo ____ refrigerio ____ refrigerio ____

Comida ____ refrigerio ____

Indique la etapa de desarrollo de las habilidades de alimentación: Encierre en círculo todo lo que proceda.

Botella solamente Taza con ayuda Taza sin ayuda Come con los dedos Usa cuchara/tenedor Come los alimentos que se ingieren normalmente en la mesa

¿Es su niño alérgico a cualesquier alimentos? Describa _____

¿Qué alimentos le gustan a su niño? _____ No le gustan _____

¿Qué alimentos no deben dársele NUNCA a este NIÑO? _____

_____

## EMERGENCIA

**Fuentes de azúcar de acción rápida, proporcionados en situaciones de emergencia y disponibles siempre.**

Administre inmediatamente si el nivel de glucosa en sangre es menor que _____ o presenta síntomas de glucosa baja en sangre.

Estos artículos se guardan en _____ (indique el lugar).

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5_____
Primera opción

Nunca permita que el niño haga ejercicio o participe en juegos activos cuando se le esté estabilizando la glucosa baja en sangre.

**En caso de Emergencia Llame al 9-1-1 o Movilice al Personal Médico de Emergencias y luego llame inmediatamente a:**

1. Nombre _____ Teléfono _____ Parentesco con el niño _____

2. Nombre _____ Teléfono _____ Parentesco con el niño _____

**Ejercicio y Actividad:**
Indique por favor cualesquier actividades o ejercicio que deba requerir su autorización o aviso especial antes de incluir a su niño. A menos que se señale específicamente, su niño se incluirá en todas las actividades propias de su edad programadas para las rutinas diarias en el establecimiento.

_____

En general, mi niño puede comer los mismos alimentos que se sirven a otros niños de la misma edad, siempre que se cumplan las pautas dietéticas aprobadas y participar en las actividades adaptadas a su etapa de desarrollo.

Por favor notifíquenme los cambios en los menús establecidos o antes de las ocasiones previstas especiales. Estos cambios en los programas pueden requerir ajustes en el programa de alimentación, necesidades dietéticas o las inyecciones de insulina de mi niño.

Firma del Padre/Madre _____ Fecha _____