

# ACUERDO PARA ESTUDIANTES QUE MANEJAN SU DIABETES INDEPENDIENTEMENTE

Estudiante \_\_\_\_\_

Escuela/Grado \_\_\_\_\_

## ESTUDIANTE

- Yo estoy de acuerdo en desechar cualquier artículo filoso (como agujas) en casa, por medio de mantenerlo junto con mis productos para diabetes, o en la escuela al ponerlo en el lugar proveído para desechar artículos filosos.
- Voy a notificar a la enfermería si mi nivel de azúcar está abajo de \_\_\_\_\_ mg/dl o arriba de \_\_\_\_\_ mg/dl.
- Yo no voy a permitirle a nadie más usar mis productos para diabetes.
- Yo planeo mantener mis productos para diabetes: \_\_\_ conmigo \_\_\_ en la enfermería \_\_\_ en un lugar accesible y seguro (localizado en \_\_\_\_\_)
- Yo entiendo que la libertad de manejar mi diabetes independientemente es un privilegio y estoy de acuerdo en acatar este contrato.

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## PADRE/TUTOR

- Yo estoy de acuerdo en que mi hijo(a) puede manejar su diabetes solo(a) y que puede reconocer si necesita la ayuda del personal escolar.
- Me han recomendado dejar productos adicionales para diabetes en la enfermería en caso de alguna emergencia.
- Yo entiendo que este contrato es efectivo para el año escolar actual a menos de que sea revocado por el médico o si el estudiante infringe las medidas de seguridad ya mencionadas.

Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## ENFERMERA ESCOLAR

- Ya hemos notificado al personal escolar que necesite saber sobre la condición del estudiante y su necesidad de llevar consigo sus productos para diabetes.

Firma de la Enfermera Registrada \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_