

Plan para _____ (Estudiante) Fechada: _____

PLAN DE MANEJO MÉDICO DE DIABETES

I. INFORMACIÓN DE CONTACTO Y PLAN

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
(Mes) (Día) (Año)

Condición de Salud: Diabetes tipo 1 Diabetes tipo 2 (Para este Plan, "Condición de Salud" significa diabetes)

Madre/Guardián: _____

Dirección: _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Padre/Guardián: _____

Dirección: _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Medico/Proveedor de Salud del Estudiante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Numero de Emergencia: _____

Otros Contactos de Emergencia: _____

Relación: _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

II. PADRE O GUARDIÁN

AUTORIZACIÓN, APROBACIÓN Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

Los padres o guardianes (en adelante "Padre") solicitan que Norfolk Public Schools permitan que el estudiante controle la condición de salud y acepte y este de acuerdo con este Plan de Manejo Médico. Las directrices para el Plan de Manejo Médico de la Diabetes están incorporadas y son parte de este Plan.

Los padres entienden y acuerdan que si el estudiante daña al personal de la escuela u otro estudiante como resultado del mal uso de suministros médicos necesarios para la diabetes, los Padres serán responsables de todos y cada uno de los costos asociados con dicha lesión. Los padres reconocen que la escuela y sus empleados y agentes no son responsables de ninguna lesión o muerte que surja de la auto control del Estudiante de la Condición de Salud del Estudiante y los padres liberen la misma de cualquiera de dichas reclamaciones y (b) acuerdan indemnizar y eximir a la escuela ya sus empleados y agentes de cualquier reclamación derivada del auto control del Estudiante de la Condición de Salud del Estudiante. Este acuerdo de liberación, indemnización y exención de responsabilidad entrará en vigor inmediatamente y permanecerá en vigor mientras el estudiante reciba permiso para auto-administrarse su medicación.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Parent/ Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

III. ACUERDO ESTUDIANTIL

Usaré la medicación de la diabetes de la prescripción solamente según lo prescrito y como permitido por el plan. No compartiré la medicación con otros y no crearé una distracción innecesaria a otros. Me han enseñado cómo auto-administrarme este medicamento y entender los efectos secundarios de un uso inadecuado y seguiré las Directrices. Entiendo que si no cumplo con estos términos, puedo ser disciplinado y que este Plan será reevaluado. Libero a la escuela y a sus empleados de cualquier responsabilidad relacionada con este Plan o mi uso del medicamento.

Firma de Estudiante _____ Fecha: _____