

TULSA PUBLIC SCHOOLS
Departamento de Servicios de Salud

DIABETICA INFORMACION

Escuela _____ Grade _____ Fecha _____

Alumno _____ Fecha de Nacimiento _____

Padre _____ Telefono de Trabajo _____ Telefono de Casa _____

Madre _____ Telefono de Trabajo _____ Telefono de Casa _____

Otra Persona para Llamar en Caso de Emergencia:

Nombre _____ Relacion _____ Telefono _____

Nombre y Apellido del Medico _____ Telefono _____

Direccion _____
Numero y Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Metodo de revisar la Glucosa _____

Dosis de Medicina Diabetica/Horas _____

Siniomas que el Alumno Muestra durante una Reaccion de Insulina _____

Hora del Dia Cuando Reacciones Ocurren Mas Frecuentemente _____

La Rutina Mas Usual para Tratar la Reacciones de Insulina _____

Tipo de Botanas o Comidas Por la Manana o Por la Tarde _____

_____ Fecha _____
Firma de Padre/Guardian