



FICHA DEL NIÑO CON DIABETES EN EL COLEGIO



Nombre: _____

Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

Curso/Clase: _____

Profesor/a: _____

Fecha de inicio de la diabetes: _____

Teléfonos de contacto: _____

	Domicilio	Trabajo	Móvil
Padre			
Madre			
Otros (especificar)			

Médico pediatra/endocrinólogo:
Teléfono: _____

Educador/a de diabetes:
Teléfono: _____

Centro hospitalario:
Teléfono: _____

En caso de hipoglucemia con síntomas, o valor igual o inferior a 60 mg/dl administrar: gr de azúcar o de zumo de fruta o de Glucosport®.

La pauta de insulina durante el horario escolar será prescrita por el médico y adjuntada por la familia con receta o informe médico.

Autorización para la inyección de glucagón:

Yo, con DNI autorizo al colegio a administrar glucagón en caso de hipoglucemia grave y eximo a los responsables del colegio de cualquier fallo o complicación en el uso del mismo.

Firmas: Padre/Madre/Tutor legal Colegio

Fecha: _____