



Floresville Independent School District

Preparing You for a Prosperous Life

Estimado Padre/Tutor de _____

De acuerdo con el Estatuto 984, Capítulo 168, estamos obligados por ley a obtener la siguiente información de los estudiantes que solicitan cuidado de la diabetes en la escuela. También nos vemos obligados a asignar y capacitar a un ayudante de cuidado de diabetes sin licencia para ayudar a su niño en su cuidado de la diabetes en el caso de que la enfermera este fuera del centro escolar o no esté disponible. Hemos creado los siguientes formularios con el fin de proporcionar el mejor cuidado para su hijo y así estar cumplimiento con el estatuto 984.

1. **Plan de Tratamiento y Cuidado de Diabetes**

El médico no está obligado a usar este formulario, pero si debemos obtener un plan de tratamiento con esta información que este firmado por el médico y los padres/tutor.

La parte de debajo de este formulario debe ser firmado por los padres y regresado a la escuela. Si el medico usa un formulario diferente para el plan de tratamiento, será puesto junto con este formulario.

2. **Plan de Salud Personalizado**

Cuando se reciba el plan de tratamiento y cuidado de diabetes, un Plan de Salud Personalizado será formado para el cuidado de su hijo en la escuela. Sera analizado, conversado, y firmado por la enfermera, directora, ayudante de cuidado de diabetes, padres/tutor, y el estudiante y se mantendrá en su folder.

3. **Información de Estudiante Diabético**

El estatuto también requiere que un distrito escolar proporcionara, a cada empleado del distrito que es responsable de dar transporte a un estudiante con diabetes o supervisar a un estudiante con diabetes durante una actividad fuera del centro escolar, una hoja de información con posibles situaciones de emergencia y números de teléfono para llamar en caso de una emergencia. **Sera la responsabilidad del estudiante y/o los padres de notificar a la enfermera si el estudiante participara en actividades fuera del centro escolar o si tendrá transporte en autobús que es diferente a su transporte de autobús regular.**

Se me ha proporcionado una copia de los formularios antes mencionados y estoy de acuerdo de obtener el Plan de Tratamiento y Cuidado de Diabetes de el medico tan pronto sea posible para que el Plan de Salud Personalizado y la Información del Estudiante Diabético se ponga en marcha.

Firma de Padre/Tutor _____ fecha _____