

CONSENTIMIENTO/VERIFICACION PARA PRUEBAS DE GLUCOSA EN LA SANGRE GUARDERIAS INFANTILES

Este formulario se puede usar para demostrar el cumplimiento con la Sección 1596.797 del Código de Salud y Seguridad antes que una persona con licencia para cuidado de niños o un miembro del personal de una guardería infantil administre una prueba de glucosa en la sangre a un niño diagnosticado con diabetes. Una copia del formulario completado se debe archivar en el expediente del niño y en el expediente de personal. **Cada persona que vaya a administrar la prueba de glucosa en la sangre en el niño tiene que completar un formulario por separado.**

Yo, _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (USE LETRA DE MOLDE)

doy mi consentimiento para que _____
NOMBRE DE LA PERSONA CON LICENCIA O EL MIEMBRO DEL PERSONAL (USE LETRA DE MOLDE)

quien trabaja en _____
NOMBRE Y DIRECCION DE LA GUARDERIA INFANTIL (USE LETRA DE MOLDE)

administre la prueba de glucosa en la sangre a mi niño, _____
NOMBRE DEL NIÑO (USE LETRA DE MOLDE)

y para que se comunique con el proveedor de cuidado de la salud de mi niño.

Además, certifico que yo personalmente le he dado instrucciones a la persona con licencia o miembro del personal acerca de cómo administrar la prueba de glucosa en la sangre a mi niño.

También le he proporcionado a la guardería infantil instrucciones por escrito del doctor de mi hijo o de un proveedor del cuidado de la salud que trabaja bajo la supervisión del doctor de mi hijo (por ejemplo, un asistente de doctor, enfermera profesional [*nurse practitioner*] o enfermera titulada [*registered nurse*]). Estas instrucciones incluyen:

- La prueba de glucosa en la sangre tiene que ser aprobada por la Administración Federal de Alimentos y Medicinas (*Federal Food and Drug Administration*).
- Las instrucciones escritas específicas para administrar la prueba de glucosa en la sangre de acuerdo a la receta del médico.
- Posibles efectos secundarios y el resultado que se espera.
- Lo que se debe hacer en caso de que hayan efectos secundarios o un resultado incompleto al tratamiento de acuerdo a la receta del médico. Esto incluye lo que se debe hacer en una emergencia.
- Instrucciones para guardar la medicina en un lugar apropiado.
- El número de teléfono y dirección del doctor del niño.

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

DIRECCION DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

NUMERO DE TELEFONO EN EL HOGAR

NUMERO DE TELEFONO EN EL TRABAJO