

## **Política para Estudiantes Pacientes de Diabetes Tipo 1 y 2 (Ley Núm. 199 - 4 de diciembre de 2005)**

El CTCPR establece la siguiente política con el propósito de cumplir con las leyes aplicables a instituciones educativas que proveen servicios a estudiantes con diabetes y evitar que sean víctimas de discriminación

### **Protocolo o plan de acción a seguir**

Se requerirá que los padres o encargados (estudiantes dependientes) notifiquen a la institución que tiene la condición de diabetes. Los estudiantes con diabetes tendrán que proveer un Plan de Manejo de Diabetes redactado por el médico del estudiante. El plan contendrá lo siguiente:

- a. quien, qué, cuando y donde administrará el medicamento.
- b. quien será responsable del estudiante.
- c. quien estará a cargo del estudiante y que precauciones se tomarán durante actividades extracurriculares.
- d. se le permitirá al estudiante ingerir alimentos o agua siempre que sea necesario.
- e. se indicará como se almacenar y utilizar la insulina y jeringuillas.
- f. se indicará en que situaciones se contactará a los padres o encargados o servicios médicos.
- g. se le proveerá reposición de pruebas o ejercicios cuando tenga problemas de su condición.
- h. no tendrá penalidad de ausencias o tardanzas vinculadas a su condición.
- i. se le proveerá tiempo adicional para reponer tareas debido a su condición.
- j. se le proveerá servicios de tutoría y material no recibido por su condición.
- k. se le permitirá participar en todas las actividades de la escuela.
- l. en caso de problemas de salud la institución se comunicará con el padre o encargado y le facilitará el acceso a servicios médicos de ser necesario.

**Certificación de Estudiantes**

Certifico que mi hijo (a) \_\_\_\_\_ (en letra de molde) está autorizado por razones médicas a utilizar medicamentos recetados para la diabetes y eximo a la institución de toda reclamación de responsabilidad.

También certifico que el estudiante recibió un adiestramiento sobre el uso correcto y responsable de o los medicamento(s).

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Encargado (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Certificación Médica**

Certificó que el paciente \_\_\_\_\_ (en letra de molde) recibe tratamiento médico para su condición de diabetes. Además el paciente recibió el adiestramiento sobre el uso correcto y responsable de sus medicamentos para su tratamiento.

El plan de acción a seguir es el siguiente:

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Nombre-Médico (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
# Licencia del Médico