



FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LA DIABETES DEL PARTICIPANTE



Parks & Recreation Department
Adapted Programs
620 Laguna Street
Santa Barbara, CA 93101
(805) 564-5421
www.sbparksandrecreation.com

Participante _____

Fecha _____

La información de inscripción que recibimos del participante anteriormente nombrado indica que el/la participante tiene diabetes y es **independiente en cuanto a su cuidado**. Por favor conteste las siguientes preguntas para que entendamos mejor las necesidades médicas del participante.

CONDICIONES, SINTOMAS Y CAUSAS

Tipo de Diabetes Tipo I Tipo II Edad a la que se le diagnosticó _____

PRUEBAS DE GLUCOSA EN LA SANGRE

¿El participante sabe cuando tiene demasiado bajo o alto el nivel de azúcar en la sangre? Sí No

¿El participante puede medirse correctamente el nivel de glucosa en la sangre? Sí No

Excepciones _____

PLAN DE CONTROL DE LA DIABETES

Necesita un bocadillo adicional: Antes de hacer ejercicio Después de hacer ejercicio
 En otro momento (especifique) _____

Bocadillos preferidos _____

Comidas que debe evitar, sí las hay _____

Instrucciones para cuando se les proporcionen alimentos a todos los participantes _____

¿El participante puede medir y controlar completamente sus requisitos alimenticios? Sí No

Excepciones _____

CONSUMO DE INSULINA

¿Cómo se le suministra la insulina al participante? Inyecciones Bomba Inhalador Oral Otro

Firma del participante o, para menores de edad y adultos dependientes, la del padre custodio o tutor legal:

✓ Firma _____ Nombre Completo (letra de molde) _____ Fecha _____