Distrito Escolar de la Ciudad de Westerville
Acuerdo de monitoreo remoto continuo de glucosa

Ciclo escolar: _____

Nombre del estudiante:_____Escuela:_____

Número de estudiante:_____

Yo, _____, solicito que la enfermera escolar y/o personal capacitado de la clínica monitoreen la glucosa en sangre de mi estudiante, _____, durante la jornada escolar mediante un monitor continuo de glucosa (MCG) (es decir, Dexcom) **de forma remota** en un dispositivo del distrito ubicado en la enfermería de la escuela o en poder del personal escolar designado.

El WCSD tendrá en cuenta lo siguiente con base en las recomendaciones actuales[1] de la *American Diabetes Association sobre el monitoreo con MCG en el entorno escolar* cuando los padres o tutores soliciten el intercambio de datos y el monitoreo. El objetivo será atender las necesidades de la diabetes y, al mismo tiempo, promover el bienestar del estudiante y minimizar las interrupciones innecesarias durante la jornada escolar. La escuela seguirá las instrucciones del Plan de Manejo de la Diabetes (DMMP) o del proveedor de atención médica para utilizar el MCG en el monitoreo rutinario, periódico y de emergencia de la glucosa en sangre, y garantizar una respuesta oportuna a las alarmas del MCG.

Por favor, revise detenidamente los siguientes puntos y coloque sus iniciales junto a ellos:

_____Entiendo que el distrito escolar no es responsable de proporcionar el receptor del MCG ni el dispositivo Bluetooth para transmitir datos. Se mantendrá un iPad del distrito en la enfermería de la escuela o con el personal escolar designado para compartir datos y realizar monitoreo en tiempo real (el “iPad de monitoreo”). Varios estudiantes pueden ser monitoreados utilizando el mismo dispositivo escolar.

_____ Acepto preparar una invitación electrónica para la enfermera escolar a través de la aplicación para compartir datos del MCG (es decir, Dexcom) y enviarla por correo electrónico a la dirección de la clínica proporcionada por la enfermera escolar de mi estudiante. El personal no monitoreará la glucosa en sangre de mi estudiante desde sus dispositivos personales.

_____Entiendo que el distrito permitirá que el estudiante utilice la red inalámbrica del distrito. Entiendo que la disponibilidad de este servicio de monitoreo está sujeta a la disponibilidad y funcionalidad de la red wifi del distrito. El distrito no ofrece garantías ni promesas con respecto a la disponibilidad de datos inalámbricos dentro de las instalaciones del WCSD ni fuera de ellas.

_____Entiendo que los estudiantes que cuenten con un dispositivo capaz de compartir datos podrán compartirlos en tiempo real con los padres o tutores, según corresponda, lo cual estará sujeto a la disponibilidad de la red inalámbrica o al plan de datos del estudiante. Los padres o tutores pueden comunicarse directamente con el personal de la enfermería mediante mensajes de texto al iPad de monitoreo o mediante una llamada telefónica a la enfermería. Con el fin de lograr una comunicación más eficiente, los mensajes de texto deben ir acompañados de una llamada telefónica a la oficina de la escuela o a la enfermería. Hablar directamente con el personal escolar es la mejor manera de garantizar que la comunicación se reciba de manera oportuna.

[1] Las recomendaciones más recientes tienen fecha del 20 de junio de 2024.

Distrito Escolar de la Ciudad de Westerville
Acuerdo de monitoreo remoto continuo de glucosa

_____Acepto colaborar con la enfermera escolar para diseñar un plan de comunicación que proporcione información práctica sobre las tendencias a lo largo de la jornada escolar, si fuera necesario, y para establecer expectativas con respecto a la frecuencia adecuada de dichas comunicaciones.

_____Entiendo que el personal de la escuela, incluidos la enfermera y el personal escolar delegado y capacitado, responderá a las alarmas de niveles bajos y altos de glucosa en sangre, en lugar de a las tendencias y cifras que fluctúan constantemente. La configuración de las alarmas en el iPad de monitoreo y las pautas se establecerán de acuerdo con las órdenes del proveedor y según se especifique en el plan individualizado de atención médica del estudiante. Los proveedores de atención médica pueden incluir flechas de tendencia en las órdenes de tratamiento, y los padres o tutores pueden incluir flechas para orientar el tratamiento en el plan de atención médica individualizado del estudiante elaborado junto con la enfermera escolar.

_____Entiendo que los padres o tutores son responsables de configurar las alarmas del MCG y de notificar a la enfermera escolar sobre los parámetros. Las alarmas deben configurarse para niveles bajos y altos de glucosa en sangre cuando se necesite administrar tratamiento o realizar alguna acción. Esto ayudará al estudiante a evitar la fatiga por alarmas y mejorar el aprendizaje y la participación. Las intervenciones o las alarmas frecuentes relacionadas con las lecturas del sensor del MCG pueden interrumpir el tiempo de clase de los estudiantes.

_____Reconozco que mi estudiante está al tanto de las alarmas del MCG, que estas permanecerán activadas y que entiende que debe notificar a su maestro, a la enfermera escolar o a otro miembro del personal del WCSD cuando suene una alarma.

_____Entiendo que las enfermeras escolares y el personal de la enfermería harán todo lo posible para monitorear de forma remota las lecturas del MCG. Sin embargo, el personal escolar es responsable de preservar la seguridad de todos los estudiantes en el entorno escolar. El distrito no garantiza la disponibilidad del monitoreo remoto continuo como resultado de la carga de trabajo de la clínica, responsabilidades relacionadas o en caso de una emergencia relacionada con la escuela. Reconozco que ningún empleado del WCSD es responsable de monitorear, ni monitoreará constantemente, los niveles de glucosa de mi estudiante a través de la aplicación o el programa.

Mi firma a continuación indica que reconozco, entiendo y acepto todos los términos descritos anteriormente. Este acuerdo está vigente por un ciclo escolar y puede ser rescindido en cualquier momento por los padres o tutores legales.

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____Fecha: _____

Nombre de la enfermera escolar:_____

Firma de la enfermera escolar:_____Fecha: _____

8/2024