



INFORME MÉDICO COLONIA 2026
DATOS DEL TRATAMIENTO DIABETOLÓGICO DEL NIÑO/A

FOTOGRAFÍA
ACTUALIZADA
(imprescindible)

TRATAMIENTO BICI

A RELLENAR POR EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL:

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____ SEXO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ PESO: ___kg ESTATURA: ___cm

FECHA DIAGNÓSTICO DIABETES: ___/___/___

• **CARACTERÍSTICAS BICI:**

- Marca: _____
- Modelo: _____
- Insulina rápida (Nombre): _____

• **OBJETIVOS GLUCEMIAS:**

- En ayunas: _____
- Preprandiales: _____
- Postprandiales: _____

• **RACIONES MÁXIMAS POR COMIDA:**

Desayuno	Media mañana	Almuerzo	Merienda	Cena

* [ADJUNTAR PAUTA DE BICI \(DESCARGAR PROGRAMACIÓN\) Y PAUTA ALTERNATIVA EN CASO DE DESCONEXIÓN.](#)

- **¿ACUDE A CONSULTAS DE SEGUIMIENTO CON REGULARIDAD?** Sí No

Observaciones:

- **COMPENSACIÓN METABÓLICA HABITUAL:** Buena Regular Mala Inestable (Según criterio de pediatría/endocrinología)
- **ÚLTIMA HbA1C** (imprescindible): _____ **FECHA DE LA ÚLTIMA HAb1c:** ___/___/___
- **CALIFIQUE EL GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES:** ALTO MEDIO BAJO
- **OBSERVACIONES** (alergias, otras patologías, medicación, etc.): A rellenar por personal ADT.

NOMBRE HOSPITAL: _____ PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

(Endocrino/a - Pediatra o Enfermero/a educador/a)

FECHA: ___/___/___

FIRMA Y SELLO



INFORME COLONIA 2026
DATOS DEL NIÑO/A QUE ACUDE A LA COLONIA

FOTOGRAFÍA
ACTUALIZADA
(imprescindible)

DATOS PERSONALES

A RELLENAR POR PROGENITORES/TUTORES-AS LEGALES:

* **TODOS** los datos deben ser rellenados.

• **DATOS GENERALES:**

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____ SEXO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ PESO: ___kg ESTATURA: ___cm D.N.I.: _____
DIRECCIÓN: _____ MUNICIPIO: _____
PROVINCIA: _____ TFNOS. CONTACTO: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____ FECHA DIAGNÓSTICO DIABETES:
___/___/___

• **DATOS COMPLEMENTARIOS:**

- ¿UTILIZA SENSOR CONTÍNUO DE GLUCOSA? NO SI
 - Indique el modelo: _____
 - ¿Se cambia el sensor solo/a? NO SI
- EN CASO DE TENER BOMBA, ¿CAMBIA EL CATÉTER SIN AYUDA? NO SI
- ¿REALIZA EJERCICIO/DEPORTE? NO SI
 - ¿Cuál/es? _____
 - Total de horas semanales _____
 - ¿Federado? NO SI. ¿En cuál/es? _____
- ¿SE AUTOANALIZA SOLO/A LAS GLUCEMIAS? NO SI
- ¿PRÁCTICA CONTROL DE CETONEMIA? NO SI
- ¿PRESENTA ALGÚN CUADRO PATOLÓGICO DIGNO DE RESEÑAR O PRECISA ALGUNA OTRA MEDICACIÓN? (Adjuntar informe pediatría) _____
- ¿PRESENTA ENURESIS NOCTURNA? NO SI
- ¿PRESENTA ALGUNA ALERGÍA? NO SI
 - En caso afirmativo, indicar a qué y señalar medicación si precisa: _____

• **ASPECTOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES:**

Indique si existen aspectos emocionales, conductuales o psicológicos relevantes que debamos conocer para ofrecer un mejor apoyo al menor.

- Ansiedad: NO SI, Especificar: _____
- Depresión: NO SI, Especificar: _____
- Fobia/s: NO SI, Especificar: _____



INFORME COLONIA 2026
DATOS DEL NIÑO/A QUE ACUDE A LA COLONIA

FOTOGRAFÍA
ACTUALIZADA
(imprescindible)

DATOS PERSONALES

- Terrones nocturnos: NO SI, Especificar: _____
- Trastorno del espectro autista: NO SI, Especificar: _____
- Hiperactividad-Impulsividad: NO SI, Especificar: _____
- Problemas de atención: NO SI, Especificar: _____
- Otros:

Por favor, si hubiera cualquier información/informe de especialista que pudiera ayudar al equipo de la Colonia, no dude en facilitarlo.

INDIQUE CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LA ATENCIÓN O APOYO DEL MENOR