

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 05-142**

DATE

11/8/2005

**TO:**  
County Welfare Director  
Supply Clerk / Forms Coordinator

**FROM:**  
Forms Management Unit  
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices  
 Private and Public Adoption Agencies

District Attorney  
 Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE LIC 9222 SP - Blood Glucose Testing Consent/Verification Child Care Facilities

ORDER UNIT EACH	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input checked="" type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 9/05	REPLACES	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: <b>Department of Social Services Warehouse</b> <b>P.O. Box 980788</b> <b>West Sacramento, CA 95798-0788</b>		<input type="checkbox"/> Other:	

**FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS**

## DISPOSITION OF OLD SUPPLY

Use until exhausted  Destroy

## USE NEW FORM

When supply available in DSS Warehouse  Use new form effective 9/05

## USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.  
 Other (specify)

## ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

This form is now on the internet.

Check on the internet to see if forms are available at [www.dss.cahwnet.gov](http://www.dss.cahwnet.gov)

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: [fmudss@dss.ca.gov](mailto:fmudss@dss.ca.gov). Contact Language Services for other languages at (916) 651-8876 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

## 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 comuniqué 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