

PLAN DE ACCIÓN PARA CONVULSIONES

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grade: _____
 Escuela: _____ Tel #: _____ Fax #: _____

Médico que completa la forma:
INFORMACIÓN DE CONVULSIÓN:

Tipo de convulsión	Duración	Frecuencia	Descripción

Detonantes o señales de aviso de la convulsión: _____
 Respuesta del estudiante después de la convulsión: _____

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS CUIDADO Y COMODIDAD

¿Tuvo que salir del salón el estudiante después de la convulsión? Sí No
 Si SÍ, describa el proceso para regresar al estudiante a clase _____

- Primeros auxilios básicos**
- ✓ Mantenga la calma y tome el tiempo
 - ✓ Mantenga al estudiante a salvo
 - ✓ No lo sujete
 - ✓ No ponga nada en su boca
 - ✓ Quédese con el estudiante hasta que esté plenamente la consciente
 - ✓ Registre la convulsión en la bitácora
- Para una convulsión tónico-clónica (grand mal):
- ✓ Proteja la cabeza
 - ✓ Mantenga abiertas las vías respiratorias/observe la respiración
 - ✓ Voltee al estudiante de lado

RESPUESTA A EMERGENCIAS:

Una "emergencia de convulsión" para este estudiante se define como: _____

Protocolo de emergencia de convulsión: (Marque todo lo que corresponda y aclare)

- Llamar al 911 para transportar a _____
- Notificar a los padres o al contacto de emergencia
- Notificar al doctor
- Administrar medicamentos a de emergencia como se indica abajo
- Otro _____

- Una convulsión se considera generalmente una emergencia cuando:
- ✓ Una crisis convulsiva (tónico-clónica) dura más de 5 minutos
 - ✓ El estudiante tiene repetidas convulsiones sin recobrar la consciencia
 - ✓ El estudiante tiene una convulsión por primera vez
 - ✓ El estudiante se lastima o tiene diabetes
 - ✓ El estudiante tiene dificultad para respirar
 - ✓ El estudiante tiene una convulsión en el agua

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DURANTE EL HORARIO ESCOLAR:

Medicamento	Vía	Dosis	Frecuencia

¿Tiene el estudiante un **Estimulante del Nervio Vago (VNS por sus siglas en inglés)**? SÍ* NO **Si SÍ, por favor complete la autorización SPHCS del médico.*

Consideraciones especiales y precauciones de seguridad: _____

Nombre del médico (letra de imprenta): _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____
Número de licencia: _____ **NPI #:** _____ **Teléfono del consultorio #:** _____ **Fax del consultorio #:** _____

Autorizo a la enfermera de la escuela, o a otro personal escolar apropiadamente asignado a administrar el medicamento/aplicar el procedimiento, como lo prescribe aquí el proveedor de salud autorizado. Yo notificaré a la escuela de inmediato y presentaré una nueva forma si hay algún cambio en el medicamento, el procedimiento o el médico que prescribe. Comprendo que el personal de salud de la escuela está obligado por ley a aclarar asuntos asociados con ésta orden con el proveedor que prescribe conforme sea necesario.

Firma de padres o tutores: _____ **Fecha:** _____

Firma de la enfermera: _____ **Fecha:** _____