

**DAWN FOX**

*Enfermera Administradora*

Estimados padres,

Según nuestros registros, su estudiante sufre de convulsiones. Sería de gran ayuda para nosotros el tener información actualizada sobre las convulsiones de su estudiante para así poder planear el cuidado de el/ella en la escuela. Se adjunta el “**cuestionario para padres de estudiantes con convulsiones”** que solicita información actualizada sobre su estudiante. Por favor complételo y devuélvalo a la enfermería antes del inicio del próximo año escolar.

Si su estudiante necesita tomar medicamentos durante el horario escolar o en eventos patrocinados por la escuela el próximo año, solicite a su proveedor de atención médica que complete la “**autorización de medicamento oral en la escuela”** y complete la sección para padres del formulario.

Luego de diligenciar el formulario de autorización médica y de los padres, preséntelos en la escuela junto con el medicamento en un recipiente debidamente etiquetado al comienzo de la escuela en el otoño. Además, sería una buena idea tener un suministro de tres días del medicamento anticonvulsivo en la escuela en caso de un desastre. Esto también requeriría la autorización del médico.

Atentamente,

Dawn Fox, MS, RN, NCSN

**516 176th Street East • Spanaway, Washington 98387 • 253.800.2000 • bethelsd.org**

*Forma 3416 (a)*



**AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ORALES EN LA ESCUELA**

Nombre del estudiante: Fecha de nacimiento:

Escuela: Grado:

**ESTA SECCION DEBE SER DILIGENCIADA POR EL MÉDICO/DENTISTA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diagnostico:  **Nombre del Medicamento** | |  |  | **Dosis** | **Método de administración**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  | **Hora del día que debe ser suministrado** |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | *Si se le administra PRN, especifique el período de tiempo entre dosis* | | | |  |  |  |
|  | El estudiante es capaz de auto administrarse el medicamento: | | | | * Si ☐ No |  |  |

*Si un profesional de la salud y el padre de un estudiante solicitan que se le permita al estudiante llevar su propio medicamento y/o que se le permita auto administrarse el medicamento, el director puede otorgar el permiso después de consultar con la enfermera de la escuela.*

Posibles efectos secundarios de la medicación:

Procedimiento de emergencia en caso de efectos secundarios graves:

Solicito/autorizo que al estudiante mencionado anteriormente se le administre el medicamento oral identificado anteriormente de acuerdo con las instrucciones indicadas anteriormente desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (no exceder el año escolar actual) ya que existe una razón de salud válida que hace aconsejable la administración del medicamento durante horas de escuela.

Firma del médico/dentista Fecha

Firma del médico/dentista (letra imprenta o a máquina) Teléfono

**Tenga en cuenta: Si se van a dar muestras de medicamentos, deben estar etiquetados con el nombre del estudiante, la dosis y la hora de administración.**

**ESTA SECCION DEBE SER DILIGENCIADA POR EL PADRE / TUTOR**

Solicito/autorizo a la escuela a administrar medicamentos al estudiante identificado anteriormente de acuerdo con las instrucciones del médico, para el período desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (sin exceder el año escolar actual). Entiendo que el personal de la escuela hará todo lo posible para administrar el medicamento de manera oportuna.

Permiso para auto administrarse los medicamentos: ☐ Si ☐ No

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma del padre/tutor |  | Fecha |
| Teléfono de la casa |  | Teléfono del trabajo |
| 30-SHC-1 (5.19) |  |  |

 **CUESTIONARIO PARA PADRES DE UN ESTUDIANTE CON CONVULSIONES**

Por favor complete todas las preguntas. Esta información es esencial para que la enfermera y el personal escolar puedan determinar las necesidades especiales de su estudiante y proveerle un ambiente de aprendizaje positivo y de apoyo. Si usted tiene alguna pregunta sobre cómo diligenciar esta forma, por favor póngase en contacto con la enfermera escolar de su estudiante.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Información de contacto** | | |
| Nombre del Estudiante | Año escolar | Fecha de nacimiento |
| Escuela | Grado | Salón de clase |
| Nombre del padre/tutor | Teléfono | Trabajo Celular |
| Correo electrónico de los padres o tutores |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Otro contacto de emergencia | Teléfono | Trabajo | Celular |
| El neurólogo del estudiante | Teléfono | Dirección |  |
| El médico de cuidados primarios del estudiante | Teléfono | Dirección |  |

Eventos significativos dentro de su historia médica o condiciones de salud

**Información sobre las convulsiones**

1. ¿Cuándo fue diagnosticado su estudiante con convulsiones epilépticas o epilepsia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Tipo(s) de convulsión

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de convulsión** | **Duración** | **Frecuencia** | **Descripción** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. ¿Que podría provocar una convulsión en su estudiante?
2. ¿Se presenta alguna señal de advertencia y/o cambios en la conducta de su estudiante antes de que el ocurra una convulsión?

❒ SI ❒ NO

Si respondió SÍ, por favor explique:

1. ¿Cuándo fue la última convulsión de su estudiante?
2. ¿Ha habido algún cambio reciente en el patrón de comportamiento de las convulsiones de su estudiante?

❒ SI ❒ NO

Si respondió SI, por favor explique:

1. ¿Cómo reacciona su estudiante después de que termina una convulsión?
2. ¿Cómo afectan las otras enfermedades el control de las convulsiones de estudiante?

|  |
| --- |
| **Primeros auxilios básicos para convulsiones:** |
| * Mantenga la calma y monitoree el tiempo que dura la convulsiones * Mantenga al estudiante salvo * No, le inmovilice * No, le ponga nada en la boca * Permanezca con el estudiante hasta   que esté totalmente consciente   * Documente las convulsiones   **Para convulsiones tónico-clónicas**  (Grand mal):   * Proteja su cabeza * Mantenga las vías respiratorias abiertas/ observe la respiración * Posicione al estudiante de lado |
|  |

**Primeros auxilios básicos: cuidados y medidas**

1. ¿Qué procedimientos de primeros auxilios básicos deben tomarse cuando su estudiante tiene una convulsión en la escuela?
2. Después de una convulsión ¿Necesita su estudiante salir del salón de clase?

❒ SI ❒ NO Si respondió SI, ¿Qué proceso recomienda usted para regresar a su estudiante a su salón de clase?

* Una convulsión (tónico-clónica) dura más de 5 minutos
* El estudiante ha tenido convulsiones continuas sin recobrar la consciencia
* El estudiante está herido o es diabético
* El estudiante tiene la convulsión por primera vez
* El estudiante tiene dificultades para respirar
* El estudiante tiene una convulsión en el agua

**Generalmente una convulsión se considera**

**como una emergencia cuando:**

**:**

**Emergencia en caso de una convulsión**

1. Por favor describa qué es lo que constituye una emergencia para su estudiante (la respuesta puede requerir que consulte con el médico que trata al estudiante y con la enfermera escolar).
2. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez su estudiante debido a convulsiones continuas? SI NO

Si respondió SI, por favor explique:

**Información sobre los medicamentos para las convulsiones y tratamiento**

1. ¿Qué medicinas toma su estudiante?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicina** | **Fecha de inicio** | **Dosis** | **Frecuencia y hora en que se**  **toma** | **Posibles efectos secundarios** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. ¿Qué medicinas de emergencia o de rescate le han prescrito a su estudiante?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medicina** | **Dosis** | **Instrucciones de administración**  **(horario\* y método \*\*)** | **Que hacer después de que la medicina es administrada** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* Después de la 2da. o 3er convulsión, para convulsión continuas, etc. \*\*Por vía oral, bajo la lengua, o por vía rectal, etc.

1. ¿Qué medicina(s) necesita tomar su estudiante durante las horas escolares?
2. ¿Deben administrarse algunas de estas medicinas de una manera especial? SI NO

Si respondió SI, por favor explique:

1. ¿Se debe estar pendiente de alguna reacción en particular? SI NO

Si respondió SI, por favor explique:

1. ¿Qué debe hacerse cuando su estudiante no toma alguna dosis del medicamento?
2. ¿Debe tener la escuela una dosis de medicina en reserva en caso de que el estudiante no tome una dosis?
3. ¿Desea usted que se le llame antes de que se le dé al estudiante la medicina de reserva en caso de que no haya tomado una dosis? SI NO

SI NO

1. ¿Tiene su estudiante un estimulador del nervio vago? SI NO

Si respondió SI, por favor describa las instrucciones para el uso apropiado del imán:

**Consideraciones y precauciones especiales**

1. Marque todo lo que aplica y describa cualquier consideración o precauciones que deben tomarse:

* Salud general
* Funcionamiento físico
* Aprendizaje
* Comportamiento
* Estado de ánimo/adaptación
* Educación fisca (gimnasio/deportes)
* Recreo
* Viajes escolares
* Transporte por autobús
* Otro

**Sobre la comunicación**

1. ¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted sobre las convulsiones de su estudiante?

|  |
| --- |
| 24. ¿Nos permite compartir esta información con el maestro o maestra del salón de clase y otro personal apropiado de la escuela? SI NO |
| Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha en que fue actualizado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Firma de padre/tutor Fecha**  DPC776 |