

**Distrito Escolar Independiente de San Angelo**  
**Servicios de Salud**  
**PLAN DE ATAQUE**

Fecha de vigencia \_\_\_\_\_

**ESTE ESTUDIANTE ESTÁ SIENDO TRATADO POR UN TRASTORNO CONVULSIVO. LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DEBE AYUDARLE SI UNA CONVULSIÓN OCURRE DURANTE LAS HORAS ESCOLARES.**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Padre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Médico tratante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Historial médico significativo: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE ATAQUE:**

<i>Tipo de convulsión</i>	<i>Longitud media</i>	<i>Descripción</i>

Frecuencia media: \_\_\_\_\_  
 Factores desencadenantes de la crisis o las señales de advertencia: \_\_\_\_\_  
 Reacción del estudiante al ataque: \_\_\_\_\_

**Primeros auxilios básicos: cuidado y confort:** *(Por favor describa los procedimientos de primeros auxilios)*

¿Estudiante necesita dejar el aula después de una convulsión?  
 SÍ NO  
 En caso afirmativo, describir el proceso para devolver un estudiante al aula:

**Convulsión Primeros Auxilios Básicos:**

- ✓ Mantener la calma & pista tiempo
- ✓ Mantenga niño seguro
- ✓ No refrene
- ✓ No ponga nada en niño de vuelta boca
- ✓ lado estancia con el niño
- ✓ hasta plenamente consciente incautación
- ✓ récord en registro
- ✓ de esperar a ver pálido/azulada de la piel o los labios.

**Para convulsiones tónico-clónicas (gran mal):**

- ✓ proteja la cabeza
- ✓ Mantenga las vías respiratorias abiertas/reloj respiración

**RESPUESTA DE EMERGENCIA:**

Un "ataque emergencia" de este estudiante se define como \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Un ataque generalmente se considera una emergencia y deberías llame al 911 cuando:

- ✓ Una convulsión dura más de 5 minutos
- ✓ Estudiante ha repetido las convulsiones sin recuperar la consciencia
- ✓ Estudiante tiene un primer ataque de tiempo
- ✓ Estudiante está herido o tiene diabetes
- ✓ Estudiante tiene dificultades para respirar

✓ Ataque protocolo de emergencia: *(Compruebe todo lo que aplique y aclarar debajo)*

Póngase en contacto con la enfermera de la escuela en \_\_\_\_\_  
 Llame al 911 para su transporte \_\_\_\_\_  
 Notificar a los padres o contacto de emergencia  
 Notificar a doctor  
 Administrar medicamentos de emergencias como se indica abajo  
 Otros \_\_\_\_\_

**PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DURANTE EL HORARIO ESCOLAR:**

Medicación diaria	Dosis y tiempo de día da	Efectos secundarios comunes e instrucciones especiales

Medicina de emergencia y rescate

¿Tiene el estudiante un **Estimulador del nervio vago (env)**. SÍ NO  
 En caso afirmativo, describa imán utilice \_\_\_\_\_

**Consideraciones especiales y precauciones de seguridad:** *(con respecto a las actividades escolares, deportes, viajes, etc.)*

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_