

**Reading School District Health Services
Seizure Care Plan**

Nombre del Estudiante _____ **DOB:** _____ **Grado:** _____

Nombre del Padre: _____ **TEL:** _____ **celular:** _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ **TEL:** _____

Tipo de Epilepsia: _____ **Frecuencia/ Duración:** _____

Medicamentos Diarios: _____

Physician's Request for Medication Use at School

Treatment Protocol during School Hours (include daily and emergency medications)

| Daily Medication | Dosage & Time of Day Given | Common Side Effects & Special Instructions |
|------------------|----------------------------|--|
| | | |
| | | |

Emergency/ Rescue Medication: _____

| | | |
|-------------------|-------------|--------------------------------|
| Medication | Dose | when to be administered |
|-------------------|-------------|--------------------------------|

Does student have a **Vagus Nerve Stimulator (VNS)**? YES NO

If YES, Describe magnet use _____

Call 911 if seizure activity lasts longer than _____ **minutes or** _____

Any special considerations/ safety precautions: _____

Physician Name: _____ **Phone:** _____

Physician signature: _____ **Date:** _____

Yo el padre/encargado de _____ estoy solicitando que los empleados (enfermera, principal, y/o la persona designada) por el Distrito Escolar de Reading administren el medicamento arriba mencionado prescrito a mi hijo(a) por el doctor. Mi firma en este documento constituye una renuncia de cualquier reclamo legal en todos los aspectos; en contra del Distrito Escolar de Reading, sus directores y todos los empleados a menos que el Distrito sea negligente relacionado a cualquier reclamo en conexión con la administración del medicamento.

Adicionalmente, **yo estoy de acuerdo entregar** el medicamento en la oficina de la enfermera con la etiqueta original de la farmacia en su frasco despachado. Yo acepto la responsabilidad de proveer una notificación medica e instrucciones escritas si el medicamento es cambiado y/o discontinuado. Yo doy permiso a la escuela / médico para comunicación relacionado al medicamento y su condición.

Fecha

Nombre del Padre en letra de molde

Firma del Padre/ Encargado

7/08

| |
|--|
| <p>Ayuda para Ataques Epilépticos Básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Manténgase calmado y tome el tiempo. ✓ Mantenga al niño seguro. ✓ No ponga nada en su boca. ✓ Notifique la enfermera escolar certificada ✓ Permanezca con el estudiante hasta que esté consciente. <p>Ataque Epiléptico tónico/clónico (gran mal):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proteja la cabeza. ✓ Mantenga el pasaje de respiración abierto. ✓ Coloque al estudiante de lado. |
|--|

| |
|---|
| <p>Un ataque epiléptico generalmente es considerado una emergencia cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Una convulsión (tónico-clónico) dura más de cinco minutos. ✓ El estudiante ha repetido ataques epilépticos sin ganar conocimiento. ✓ El estudiante tiene por primera vez un ataque epiléptico. ✓ El estudiante tiene heridas o tiene diabetes. ✓ El estudiante tiene dificultades respiratorias. ✓ El estudiante tiene un ataque epiléptico en agua. |
|---|

Firma de la Enfermera Escolar: _____ Fecha: _____