

Seizure Action Plan

## Plan de Acción para Convulsiones

Teléf. de la escuela: \_\_\_\_\_

Fax de la escuela: \_\_\_\_\_

Este alumno esta siendo tratado debido a un trastorno convulsivo. La siguiente información puede asistirlo en caso de que sufra una convulsión en horas de escuela o durante actividades escolares.

Nombre del Alumno: _____	FDN: _____	Escuela: _____
Padre/Tutor: _____	Teléf. de Casa: _____	Celular: _____
Médico Principal: _____	Teléfono: _____	Fax: _____
Neurólogo: _____	Teléfono: _____	Fax: _____

**El médico llena la información presentada a continuación**

Historial médica relevante: \_\_\_\_\_

**Información sobre Convulsiones**

Tipo de Convulsión	Duración	Frecuencia	Descripción	Fecha del ultimo episodio

Que la provoca o signos de alerta: \_\_\_\_\_

Respuesta del alumno después de la convulsión: \_\_\_\_\_

<p><b>Respuesta ante una convulsión – BÁSICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenga la calma y tome nota del inicio de la convulsión</li> <li>• Mantenga al niño seguro, PERO NO lo contenga</li> <li>• No introduzca nada en su boca</li> <li>• Permanezca con el niño hasta que este completamente consciente</li> <li>• Documente la hora en la que finalizó la convulsión y tipo de crisis</li> </ul> <p><b>Respuesta adicional para una convulsión tonicoclónica:</b> • Proteja la cabeza del niño • Coloque al niño de lado • Mantenga las vías respiratorias abiertas • Vigile la respiración</p>	<p><b>Información del Alumno Adicional Individual</b></p> <p>¿El padre pide que se le informe después de cada convulsión?    <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Necesita el alumno dejar el aula después de una convulsión?    <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si es Sí, describa el proceso para regresar al niño al aula: _____</p> <p>En caso de incontinencia, el padre debe proporcionar un cambio de ropa a la escuela para que el niño pueda regresar al aula de acuerdo al proceso permitido anteriormente descrito: <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No</p>
---	--

<p><b>Respuesta ante una convulsión – EMERGENCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Llame al 911</p> <p><input type="checkbox"/> Comuníquese con la enfermera de la escuela</p> <p><input type="checkbox"/> Administre los medicamentos de emergencia si se indique a continuación</p> <p><input type="checkbox"/> Avise a los padres o contactos de emergencia (arriba indicados)</p> <p><input type="checkbox"/> Avise a los médicos arriba indicados</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p><b>Una Convulsión es Generalmente Considerada una Emergencia Cuando:</b></p> <p>La convulsión (tonicoclónica) dura más de 5 minutos</p> <p>El alumno sufre convulsiones recurrentes sin recobrar el conocimiento</p> <p>La persona (alumno) esta lastimada, tiene diabetes, o esta embarazada</p> <p>Es la primera vez que el alumno se convulsiona</p> <p>El alumno tiene dificultad para respirar</p> <p>El alumno se convulsiona mientras esta en el agua</p>
--	---

Para este alumno, una "emergencia convulsiva" se define adicionalmente como: \_\_\_\_\_

Protocolo para Tratamiento Durante Horas de Escuela o Actividades Escolares (incluyendo medicamentos diarios y de emergencia*)			
*¿Medicamento de Emergencia?	* Nombre de Medicamento	Dosis y Horario	Efectos Secundarios Comunes e Instrucciones Especiales
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

¿Tiene el alumno un Estimulador del Nervio Vago (VNS)?    Sí    No, Si es Sí, describa el uso del generador: \_\_\_\_\_

Llame al 911 si sigue convulsionándose después de haber deslizado \_\_\_\_\_ veces el imán por encima del VNS. Espere \_\_\_\_\_ minutos entre cada estimulación. Deslice el imán por encima del VNS \_\_\_\_\_ veces antes de cualquier medicamento de emergencia.

**Consideraciones especiales y precauciones (referente a actividades escolares, deportes, paseos, uso de casco, o viajar en autobús después de una convulsión, etc.)**

Describa cualquier consideración especial o precauciones: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: _____	Firma del Médico: _____	Fecha: _____
--------------------------	-------------------------	--------------

*Yo doy mi consentimiento para que el personal de la escuela se comunique con el médico para consulta o intercambio de información según se requiera.*

Firma del Padre o Tutor _____	Fecha: _____	Número de Teléfono: _____
-------------------------------	--------------	---------------------------

***Este formulario debe renovarse anualmente o al haber cualquier cambio en tratamiento o medicamento.***

*Cualquier formulario de Autorización de Medicamento es requerido y debe llenarse al igual que el Plan de Acción para Convulsiones si el medicamento se requiere en la escuela o actividades escolares.*

**\* Cualquier formulario de Autorización de Medicamento del Médico debe completarse junto con este Plan de Acción.**