

Seizure Action Plan/ Plan de Acción para las Convulsiones
(includes Authorization for Seizure Medications at School)

CONFIDENTIAL
Hawthorne School District

Estimados Padres/Tutores,

Usted y el médico de su hijo/a necesitan completar el formulario de abajo y devolverlo a la oficina de salud de la escuela. Esto nos permitirá brindar una atención adecuada a sus hijos en caso de que tengan “convulsiones” en la escuela. Si no tenemos este formulario completo, usaremos la información proporcionada en el formulario de matriculación de sus hijos. Para la seguridad de su hijo/a, preferimos este plan individualizado proveniente de Uds. y sus doctores. Le agradecemos por ayudarnos a proveer una atención de calidad para sus hijos.

Nombre del Alumno _____ Edad: _____ Nació: ____ / ____ / ____ Grado: ____ Año Escolar: 20__/20__

Nombre de la Escuela _____ Director(a) _____ Maestro _____ N° del Salón _____

Healthcare Provider completes form from this point forward.

Significant Medical History: _____

Seizure Information				
Seizure Type	Length	Frequency	Description	Last Seizure Date

Seizure triggers or warning signs: _____

Student's response after seizure: _____

Seizure Response – BASIC	Additional Individual Student Information:
- Stay calm and record start of seizure - Keep child safe but Do NOT restrain - Do not put anything in mouth - Stay with child until fully conscious - Document ending time and description of seizure Tonic-clonic seizure additional response: • Protect child's head • Turn child on side • Keep airway open • Monitor breathing	Parent requests notification after each seizure ☐ Yes ☐ No Does student need to leave the classroom after a seizure? ☐ Yes ☐ No If YES, describe process for returning student to classroom: _____ _____ In case of incontinence, parent will provide extra clothing for school so student may return to class as allowed by process above. ☐ Yes ☐ No

Seizure Response – EMERGENCY	A Seizure is Generally Considered an Emergency When:
☐ Call 911 for paramedics ☐ Contact Health Clerk ☐ Administer emergency medications if indicated below ☐ Notify parents or emergency contact (as listed above) ☐ Notify healthcare provider listed above ☐ Other: _____	Convulsive (tonic-clonic) seizure lasts longer than 5 minutes Student has repeated seizures without regaining consciousness Student is injured, has diabetes, or is pregnant Student has a first-time seizure Student has breathing difficulties Student has a seizure in water

A “seizure emergency” for this student is additionally defined as: _____

Treatment Protocol During School Hours or School Activities (include daily and emergency medications*)			
* Emergency Medication?	*Medication Name	Dosage and Time of Day Given	Common Side Effects and Special Instructions
☐ Y or ☐ N			
☐ Y or ☐ N			

Special Considerations and Precautions (regarding school activities, sports, trips, helmet use, or bus riding after seizure, etc.)

Describe any special considerations or precautions: _____

Healthcare Provider: _____ Signature: _____ Date: ____ / ____ / ____

PRINT

Office Address: _____ Office Telephone #: (____) _____

Lo siguiente lo debe completar el PADRE, MADRE O TUTOR(A) solicitando medicina en la escuela:

- Un **adulto** debe entregar la medicina y este formulario completo a la escuela.
- Debe renovarse este formulario anualmente** o antes si el doctor ha estipulado una fecha límite de vencimiento en la receta.

Solicito que la enfermera de la escuela, empleado de salud u otro personal designado administre los medicamentos como lo indique el proveedor de salud. (arriba). Autorizo al profesional escolar encargado de la salud a comunicarse con los médicos que hacen la receta, y si hay preguntas sobre el control del asma en la escuela. Acepto librar de responsabilidad al distrito, sus oficiales, empleados y agentes de cualquiera/toda responsabilidad legal, demandas o reclamos por daño personal, físico, sostenido o que se afirma que se ha sostenido, como resultado del suministro de la medicina, de acuerdo con este pedido.

Firma/Padre, Madre/Tutor(a) _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Teléfono/Número: (____) _____

Número de Teléfono de Emergencia (____) _____ Nombre del Contacto _____
(____) _____ Nombre del Contacto _____