



Westerville City Schools

936 Eastwind Dr., Westerville, OH 43081
Main Office (614) 797-5700 Fax (614) 797-5701

Vision

Our vision is to be the benchmark of educational excellence.

Mission

Our mission is to prepare students to contribute to the competitive and changing world in which we live.

Values

Respect
Inclusiveness
Community
Communication
Collaboration
Innovation
Nurturing
Trust
Accountability

Dear Parent/Guardian,

According to our health records your student has a history of seizures. Please complete and return to school the enclosed forms to ensure your student receives the appropriate care while in school. Medical providers may utilize their own signed forms as long as all necessary action plan and prescribing information is included.

1. **“Questionnaire for Parent of a Student with Seizures”** - Parent/Guardian to complete and sign (2-sided/pages).
2. **“Seizure Action Plan”** - To be completed and signed by both the parent/guardian and medical provider (2-sided/pages). If your student requires medications to be available to them while at school, please have their health care provider write the order for the medication on this form. The form **MUST** be signed by the medical provider. Medication will be kept in the school health clinic.
3. **“Seizure Medication NOT Required at School”** - Please complete and sign if your student has a diagnosis of seizures but no medication is required at school.

Please call or email your student’s school nurse with any questions/concerns.

Thank you,

WCSD School Nurses

Plan de acción para las crisis

Este/a estudiante está recibiendo tratamiento para un desorden convulsivo. La siguiente información le ayudará en caso que se presente una crisis durante el horario escolar.

Nombre del/de la estudiante:	Fecha de nacimiento:	
Padre/Madre /Guardián legal:	Teléfono:	Celular:
Otro contacto de emergencia:	Teléfono:	Celular:
Médico tratante:	Teléfono:	

Historia médica significativa:

Información de la crisis

Tipo de crisis	Duración	Frecuencia	Descripción

Lo que desencadena las crisis o señales de advertencia:

Reacción del estudiante después de una crisis:

Primeros auxilios básicos y manera de confortar al estudiante

Por favor describa los procedimientos a seguir para administrar primeros auxilios básicos:

¿Necesita el estudiante salir del salón después de una crisis? En caso de ser necesario, describa el proceso para regresar al estudiante al salón de clase: Sí No

Primeros auxilios básicos para una crisis

- Mantenga la calma y tome nota de la hora en que se inicia la convulsión
 - Mantenga al niño o niña seguro y a salvo
 - No lo/la sujete
 - No le ponga nada en la boca
 - Quédese con el niño o niña hasta que esté completamente consciente
 - Registre la convulsión en el registro de crisis.
- Para las convulsiones tónico-clónicas:**
- Proteja la cabeza
 - Mantenga abiertas las vías respiratorias/observe la respiración
 - Coloque al niño o niña de costado

Respuesta ante Emergencias

Una "emergencia de crisis convulsiva" para este/a estudiante se define como:

Protocolo de emergencia de crisis convulsiva (Marque todo lo que aplique y aclare debajo)

Contacte la enfermera escolar al _____

Llame al 911 para su transporte a _____

Notifique a los padres o al contacto de emergencia

Administre los medicamentos de emergencia según se indica abajo

Notifique al médico

Otro _____

Una convulsión generalmente se considera una emergencia cuando:

- Las convulsiones (tónico-clónicas) duran más de 5 minutos
- El/la estudiante tiene convulsiones que se repiten antes de que la persona recupere la consciencia completamente
- El estudiante está herido o tiene diabetes
- El estudiante presenta una convulsión por primera vez
- El estudiante tiene dificultades para respirar
- El estudiante tiene una convulsión mientras esta en el agua

Protocolo de tratamiento durante el horario escolar (incluya medicamentos diarios y medicamentos de emergencia)

Medicamentos de emergencia	Medicamentos	Dosis y hora del día en que fue administrado	Efectos secundarios comunes e instrucciones especiales

¿Tiene el estudiante un estimulador del nervio vago? Sí No Si sí, describa el uso de imán:

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

Describa cualquier consideración o precaución especial:

Firma del médico: _____

Fecha: _____

Firma del Padre/Madre/Guardián legal: _____

Fecha: _____



CUESTIONARIO PARA PADRES DE UN ESTUDIANTE CON CRISIS

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 completar esta forma, por favor póngase en contacto con la enfermera escolar de su niño/a.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Nombre del Estudiante: _____ Año escolar: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Escuela: _____ Grado: _____ Salón: _____
 Nombre del padre/Guardián: _____ Tel. (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Celular): _____
 Otro contacto de emergencia: _____ Tel. (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Celular): _____
 El neurólogo del/de la niño/a: _____ Tel.: _____ Dirección: _____
 El médico de cuidados primarios del niño o niña.: _____ Tel.: _____ Dirección: _____
 Eventos significativos dentro de su historia médica o condiciones de salud: _____

INFORMACIÓN SOBRE LAS CRISIS:

1. ¿Cuándo fue diagnosticado su niño/a con crisis epilépticas o epilepsia? _____

2. Tipo(s) de crisis:

<i>Tipo de crisis:</i>	<i>Duración</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Descripción</i>

3. ¿Que podría provoca una crisis en su niño/a? _____

4. ¿Se presenta alguna señal de advertencia y/o cambios en la conducta de su niño/a antes de que el ocurra una crisis? SI NO

Si respondió SÍ, por favor explique: _____

5. ¿Cuándo fue la última crisis de su niño/a? _____

6. ¿Ha habido algún cambio reciente en el patrón de comportamiento de las crisis de su niño/a? SI NO

Si respondió SI, por favor explique: _____

7. ¿Cómo reacciona su niño/a después de que termina una crisis? _____

8. ¿Cómo afectan las otras enfermedades el control de las crisis de su niño/a? _____

Primeros auxilios básicos para crisis:

- ✓ Mantenga la calma y note el tiempo que dura la crisis
- ✓ Mantenga al niño o niña a salvo
- ✓ No le inmovilice
- ✓ No le ponga nada en la boca
- ✓ Permanezca con el/ niño o niña hasta que esté totalmente consciente
- ✓ Documente las crisis

Para crisis tónico-clónicas (Gran mal):

- ✓ Proteja su cabeza
- ✓ Mantenga las vías respiratorias abiertas /observe la respiración
- ✓ Coloque al niño o niña de lado

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS: Cuidados y medidas para confortar al niño o niña

9. ¿Qué procedimientos de primeros auxilios básicos deben tomarse cuando su niño/a tiene una crisis en la escuela? _____

10. Después de una crisis ¿Necesita su niño/a salir del salón de clase? SI NO

Si respondió SI, ¿Qué proceso recomienda usted para regresar al niño o niña a su salón de clase?: _____

Generalmente una crisis se considera como una emergencia cuando:

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

EMERGENCIA EN CASO DE UNA CRISIS

11. Por favor describa qué es lo que constituye una emergencia para su niño/a (La respuesta puede requerir que consulte con el médico que trata al niño o niña y con la enfermera escolar.) _____

12. ¿Ha sido hospitalizado el niño o niña alguna vez debido a crisis continuas?

SI NO

Si respondió SI, por favor explique: _____

INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS PARA LAS CRISIS Y TRATAMIENTO

13. ¿Qué medicinas toma su niño/a?

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

14. ¿Qué medicinas de emergencia/o de rescate le han prescrito a su niño/a?

Medicina	Dosis	Instrucciones de administración (Horario* y método **)	Que hacer después de que la medicina es administrada:

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

15. ¿Qué medicinas necesita tomar su niño/a durante las horas escolares? _____

16. ¿Deben administrarse algunas de estas medicinas de una manera especial? SI NO

Si respondió SI, por favor explique: _____

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

Si respondió SI, por favor explique: _____

18. ¿Qué debe hacerse cuando su niño/a no toma alguna dosis del medicamento? _____

19. ¿Debe tener la escuela una dosis de medicina en reserva en caso de que el/la niño/a no tome una dosis? SI NO

20. ¿Desea usted que se le llame antes de que se le dé al niño o niña la medicina de reserva en caso de que no haya tomado una dosis? _____

21. ¿Tiene su niño/a 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

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

- Salud general _____
- Funcionamiento físico _____
- Aprendizaje: _____
- Comportamiento: _____
- Estado de ánimo/adaptación: _____
- Otro: _____
- Educación física /deportes: _____
- Recreo: _____
- Viajes escolares: _____
- Transporte por autobús: _____

SOBRE LA COMUNICACIÓN

23. ¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted sobre las crisis de su niño/a? _____

24. ¿Nos permite compartir esta información con el maestro o maestra del salón de clase y otro personal apropiado de la escuela? SI NO

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____ Fecha en que fue actualizado: _____

**Westerville City Schools
Health Services**

SEIZURE Medication NOT required at school.

Please sign and return this form to the school nurse

Student: _____

Dear Parent/Guardian,

Our records indicate that your child has a diagnosis of seizures. If no medications are required at school, please sign this form and return it to the school nurse. If medications or other interventions are required, please work with your doctor to fill out the enclosed Seizure Action Plan. Return it to school with any required medication.

Thank You,

WCSD School Nurse

My child, _____ does not require any medication at school for his/her seizures. I will inform the school nurse immediately if this plan changes.

Date: _____

Parent/Guardian Signature