



PLAN DE ACCIÓN PARA CRISIS EPILEPTICAS



Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Contacto en caso de emergencia/ Relación/parentesco: _____

Información Acerca de las Crisis Epilépticas

Tipo de Crisis	Cuánto Dura	Con qué Frecuencia	Qué Sucede



Quando puede ser necesaria la terapia de rescate:

CUÁNDO Y QUÉ HACER

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Cuidados después de una crisis epiléptica

¿Qué tipo de cuidados necesita? (describa) _____

¿Cuándo puede la persona reanudar su actividad habitual? _____

Instrucciones Especiales

Personal de Primeros Auxilios: _____

Departamento de Emergencia: _____

Medicamentos Diarios Para las Crisis Epilépticas

Nombre del Medicamento	Cantidad Diaria	Cantidad del Líquido/Tableta	Cómo Toma el Medicamento (cantidad y hora de cada dosis)

Otra Información

Qué cosas provocan sus crisis epilépticas: _____

Importante historial médico: _____

Alergias: _____

Cirugías de epilepsia (tipo, fecha, efectos secundarios): _____

Aparatos: Estimulación del nervio vago (VNS) Neuroestimulación Sensible (RNS)

Estimulación Cerebral Profunda (DBS) Fecha del implante _____

Terapia Dietética: Dieta Cetogénica Dieta de Bajo Índice Glucémico Dieta Atkins (baja en carbohidratos)

Otra (describa) _____

Instrucciones Especiales: _____

Contactos de Cuidados Médicos

Doctor para la epilepsia: _____ Teléfono: _____

Médico de salud general: _____ Teléfono: _____

Hospital de preferencia: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Padres/encargados legales Por favor lea cuidadosamente: Al firmar a continuación, entiendo y acepto lo siguiente:

- Entiendo que todos los medicamentos recetados deben estar en el envase original emitido por el farmacéutico con la etiqueta de prescripción más reciente.
- Notificaré a la escuela cuando se suspenda el medicamento o cambie la dosis.
- Doy permiso para que el director(a) enfermera(s) de la escuela y/o los servicios de salud compartan esta información con las personas que tienen la responsabilidad de mi hijo.
- Le doy mi permiso al Departamento de Salud del Distrito Escolar del Condado de Beaufort (BCSD) por sus siglas en inglés para comunicarse con el proveedor de atención médica con licencia que prescribe y la farmacia de prescripción en relación con este medicamento recetado.
- Soy responsable de reemplazar el medicamento antes de la fecha de vencimiento.
- Doy mi permiso para que el personal designado de BCSD administre este medicamento a mi hijo de acuerdo con los requisitos del distrito.
- Entiendo que mi hijo perderá el privilegio de automedicarse si se pone en peligro a sí mismo o a otro estudiante por el mal uso de los medicamentos.

Firma del Padre: _____ Fecha _____

Firma del Médico: _____ Fecha _____

Epilepsy.com

©2020 Epilepsy Foundation of America, Inc

Revised 01/2020 130SRP/PAB121

