

## INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Nombre de la enfermera: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Año escolar: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Salón: \_\_\_\_\_  
 Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Tel. (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ (Móvil): \_\_\_\_\_  
 Otro contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Tel. (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ (Móvil): \_\_\_\_\_  
 Neurólogo del menor: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_  
 Dr. de atención primaria del menor: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_  
 Historial médico o condiciones de salud relevantes: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE LAS CONVULSIONES:

*Tipo de convulsión      Duración      Frecuencia      Descripción*

<i>Tipo de convulsión</i>	<i>Duración</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Descripción</i>

Desencadenantes de convulsiones o señales de advertencia: \_\_\_\_\_

Reacciones después de experimentar una convulsión: \_\_\_\_\_

## PROTOCOLO DE TRATAMIENTO: (incluya los medicamentos diarios y de emergencia)

<i>¿Medicamento de emergencia? ✓</i>	<i>Medicamento</i>	<i>Dosis y horario de administración</i>	<i>Vía de administración</i>	<i>Efectos secundarios comunes e instrucciones especiales</i>

¿El menor tiene un **estimulador del nervio vago (VNS)**? Sí NO

Si la respuesta es Sí, describa el protocolo de uso del imán \_\_\_\_\_

## PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS: CUIDADO Y BIENESTAR:

Describa los procedimientos básicos de primeros auxilios: \_\_\_\_\_

¿Es necesario que la persona abandone la sala o el área después de una convulsión?

Sí NO

Si la respuesta es Sí, describa el proceso a seguir para regresar al lugar: \_\_\_\_\_

## RESPUESTA DE EMERGENCIA:

Una "emergencia convulsiva" para esta persona se define como: \_\_\_\_\_

Protocolo ante una emergencia convulsiva: (marque todo lo que corresponda y explique abajo)

- Llamar al 911 para transportar a la persona a \_\_\_\_\_
- Informar a los padres o al contacto de emergencia
- Informar al doctor
- Administrar medicamentos de emergencia como se indica abajo
- Otro \_\_\_\_\_

### Primeros auxilios básicos ante convulsiones:

- Mantenga la calma y registre el tiempo
  - Mantenga segura a la persona
  - No inmovilice a la persona
  - No le ponga nada en la boca
  - Quédese con la persona hasta que esté completamente consciente
  - Mantenga un registro de las convulsiones
- Para convulsiones tónicoclónicas (gran mal):**
- Proteja la cabeza de la persona
  - Mantenga las vías respiratorias abiertas/observe la respiración
  - Ponga a la persona de lado

### Una convulsión se considera una emergencia cuando:

- Una crisis convulsiva (tonicoclónica) dura más de 5 minutos
- Se presentan convulsiones repetidas donde la persona no recupera el conocimiento
- Es primera vez que la persona presenta una convulsión
- La persona tiene una lesión o diabetes
- La persona tiene dificultades para respirar
- La convulsión se presenta en el agua

## INFORMACIÓN SOBRE LAS CONVULSIONES:

1. ¿Cuándo le diagnosticaron la epilepsia a su hijo/a? \_\_\_\_\_
2. ¿Su hijo/a debe abandonar el salón después de una convulsión?  SÍ  NO  
Si la respuesta es SÍ, describa el proceso a seguir para regresar a su hijo/a al salón de clases: \_\_\_\_\_
3. ¿Con qué frecuencia tiene convulsiones su hijo/a? \_\_\_\_\_
4. ¿Cuándo ocurrió la última convulsión de su hijo/a? \_\_\_\_\_
5. ¿Su hijo/a ha experimentado algún cambio reciente en el patrón de sus convulsiones?  SÍ  NO  
Si la respuesta es SÍ, explique: \_\_\_\_\_
6. ¿De qué manera afectan otras enfermedades el control de las convulsiones de su hijo/a? \_\_\_\_\_
7. ¿Qué medicamento(s) deberá tomar su hijo/a durante el horario escolar? \_\_\_\_\_
8. ¿Alguno de estos medicamentos deben administrarse de forma especial?  SÍ  NO  
Si la respuesta es SÍ, explique: \_\_\_\_\_
9. ¿Se debería supervisar alguna reacción en particular?  SÍ  NO  
Si la respuesta es SÍ, explique: \_\_\_\_\_
10. ¿Qué debe hacerse si su hijo/a se salta una dosis? \_\_\_\_\_
11. ¿La escuela debería tener medicamento de reserva para administrar a su hijo/a cuando se salte una dosis?  
 SÍ  NO
12. ¿Desea que lo llamemos antes de administrar a su hijo/a el medicamento de reserva para cubrir la dosis que no se tomó?

## CONSIDERACIONES ESPECIALES Y PRECAUCIONES

Marque cualquier consideración especial relacionada con la epilepsia de su hijo para tener en cuenta en la escuela. (Marque las casillas que correspondan y describa el impacto de las convulsiones en el área seleccionada o el régimen de tratamiento de su hijo/a)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salud general:                 | <input type="checkbox"/> Educación física (gimnasia)/deportes: |
| <input type="checkbox"/> Funcionamiento físico:         | <input type="checkbox"/> Receso:                               |
| <input type="checkbox"/> Aprendizaje:                   | <input type="checkbox"/> Excursiones:                          |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento:                | <input type="checkbox"/> Transporte en bus:                    |
| <input type="checkbox"/> Estado de ánimo/afrontamiento: |  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                    |  |

## TEMAS GENERALES RELACIONADOS CON LA COMUNICACIÓN

- ¿Cuál es la mejor forma para comunicarnos con usted sobre las convulsiones de su hijo/a? \_\_\_\_\_
- ¿El personal de la escuela tiene permiso para comunicarse con el médico de su hijo/a?  SÍ  NO
- ¿Podemos compartir esta información con el (los) maestro(s) del salón y otro(s) miembro(s) del personal escolar pertinente(s)?  SÍ  NO

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Fechas de actualización \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_