

CONVULSIONES

Distrito Escolar de Mamaroneck PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado/clase: _____

Escuela: Central Chatsworth Mamaroneck Avenue Murray Hommocks High School Otra _____

ID CON FOTO

Madre/Tutor: _____ (Casa) _____

(Cel): _____ (Trabajo) _____

Padre/Tutor: _____ (Casa) _____

(Cel): _____ (Trabajo) _____

Contacto de emergencia: _____ (Casa) _____

(Cel): _____ (Trabajo) _____

Médico que el estudiante ve para las convulsiones: _____ Teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Marque si el estudiante tiene órdenes de **Diastat/Valtoco** en la escuela:

Restricciones (si las hubiera): _____ Marque aquí si no hay restricciones

Intervención de emergencia:

SI VE ESTO:

- Puede experimentar un aura (sensación o sentimiento inusual) inmediatamente antes de la convulsión, como:
 - Alucinación visual
 - Sonido extraño
 - Falta de olfato, olor extraño
 - Necesidad urgente de ponerse a salvo
- Se apaga levemente
- Está soñando despierto(a)
- Sacudidas rítmicas o rigidez de todas o algunas de las extremidades y la cara
- No responde durante y por un tiempo después del episodio convulsivo

HAGA ESTO:

1. Llame a la enfermera escolar.
2. Use guantes. Use precauciones para el control de infecciones.
3. No coloque nada en la boca del estudiante.
4. Colóquelo(a) de lado para evitar que se atragante.
5. Si el estudiante está de pie o sentado, bájelo(a) suavemente hasta el suelo para evitar una caída.
6. Si es posible, coloque un cojín o una manta debajo de la cabeza del estudiante.
7. No retenga ni restrinja al estudiante.
8. Despeje el área alrededor del estudiante para evitar lesiones con objetos afilados.
9. No le dé alimentos, bebidas ni medicamentos (a menos que se los dé la enfermera con órdenes del doctor).
10. Observe toda la actividad del estudiante durante la convulsión y regístrela en el cuadro de convulsiones.
11. Quédese siempre con el estudiante o designe a otro adulto para que lo haga.

CUANDO TERMINA LA CONVULSIÓN:

- Vigile la respiración.
- Determine su nivel de conciencia.
- Compruebe si hay lesiones.
- Proporcione transporte y acompañe al estudiante a la oficina de salud.
- Notifique a los padres para el transporte inmediato a casa.

LLAME AL 911 SI:

- La respiración del estudiante se ve comprometida de alguna manera.
- La convulsión dura más de 5 minutos, o según lo indiquen las órdenes del médico.
- La enfermera no está disponible.

Comentarios/Instrucciones especiales: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

Teléfono del proveedor de atención médica: _____

La firma de los padres otorga permiso para hablar con el médico/profesional del estudiante y con el personal de la escuela según sea necesario.

PADRES- POR FAVOR COMPLETEN EL OTRO LADO DEL FORMULARIO

DISTRITO ESCOLAR DE MAMARONECK

FORMULARIO PARA PADRES SOBRE INFORMACIÓN DE CONVULSIONES

Estimados Padres/Tutores,

Por favor complete la información a continuación y devuélvala a la oficina de salud lo antes posible. Si ocurre algún cambio durante el año escolar, por favor notifique a la enfermera escolar.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Historia general:

- ¿Qué edad tenía su hijo(a) cuando sufrió su primera convulsión? _____
- ¿Cómo supo que su hijo(a) estaba teniendo una convulsión? ¿Qué síntomas presentó? _____

- Fecha de la convulsión más reciente: _____ Fecha de la última visita al médico: _____
- ¿Con qué frecuencia tiene convulsiones su hijo(a)? _____
- ¿Experimenta un aura? Si sí, por favor explique. No: ___ Sí: _____
- ¿Sabe por qué su hijo(a) tiene convulsiones?
___ Epilepsia ___ Lesión o traumatismo en la cabeza ___ Infección ___ Tumor cerebral ___ Fiebre alta
___ Accidente cerebrovascular ___ Desconocido ___ Otro: _____
- ¿Cómo sabe que su hijo(a) está teniendo una convulsión ahora? ¿Qué síntomas presenta? _____

- ¿Cuánto suelen durar las convulsiones? _____
- ¿Qué le sucede a su hijo(a) después de una convulsión? _____
- ¿El médico le ha dado un nombre al tipo de convulsión que tiene su hijo(a)? No: ___ Sí (Nombre): _____
- ¿Existe alguna restricción debido a su diagnóstico de convulsiones (es decir, conducir, nadar, andar en bicicleta)? Si sí, ¿cuáles son las restricciones? Ninguna: ___ Sí: _____
- Medicamentos que el niño(a) toma en casa para las convulsiones:

Nombre	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
- Efectos secundarios que experimenta su hijo(a) por los medicamentos: _____
- Después de una convulsión, alguna vez ha tenido que:
___ ¿Administrar Diastat rectal o Valtoco en spray nasal? ___ ¿Llamar al 911 para que lo(a) transporten al hospital?
- Información/instrucciones adicionales: _____

Gracias por su ayuda para brindar la mejor atención a su estudiante.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

POR FAVOR COMPLETE EL OTRO LADO DEL FORMULARIO

10/23