

año escolar \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado : \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

En los documentos de la escuela usted ha marcado que su hijo(a) actualmente tiene **ataques**. Es importante tener información de la salud por lo menos anualmente, para cuando su hijo(a) necesite ayuda en la escuela. Llene esta forma por favor y entréguela en la escuela para que se pueda compartir un plan con el personal identificado para ayudar a su hijo(a). Es la responsabilidad de los padres proveer la alimentación especial necesaria y la medicina que se necesite en la escuela. Si tiene usted alguna pregunta, puede llamarle a la enfermera del distrito al 503-769-4930.

¿Qué tan seguido ocurren los ataques?

\_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que su hijo(a) sufrió un ataque?

¿Ha sido necesario hospitalizarlo(a) o llevarlo(a) a la sala de emergencias por ataques en el último año? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

(¿Cuándo? \_\_\_\_\_)

Los ataques están siendo tratados actualmente por el Dr.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cómo es el ataque usualmente y qué tanto dura? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Escriba las condiciones que generalmente le ocasionan los ataques (eje., el ruido, las luces que prenden y apagan), etc. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Necesita su hijo(a) adaptaciones especiales o equipo protector para alguna actividad en la escuela (eje., casco)? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo después del ataque puede el estudiante regresar a sus actividades normales? \_\_\_\_\_

¿Se necesitan medicamentos para controlar los ataques? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (Escríbalos abajo por favor)

	Medicamento	Dosis	Horario
1.			
2.			
3.			

Circule el número de cualquiera de los medicamentos que necesita tomar en la escuela <sup>1</sup>.

**Si hay algún cambio en la dosis y/o en el tipo de medicamento, avise a la escuela inmediatamente.**

El procedimiento usual que se sigue aquí en la escuela para el estudiante que le da un ataque es:

1. Estar con el estudiante durante el ataque, platicándole suavemente.
2. Proveer seguridad para el estudiante quitando objetos peligrosos, aflojarle la ropa del cuello y la cintura, protegerle la cabeza para que no se lastime, como sea pertinente.
3. Remover a otros estudiantes del lugar para dar la más privacidad posible.
4. Tomarle tiempo a la duración del ataque.
5. Observar al estudiante por si no está respirando adecuadamente llamar al 911.
6. Observar al estudiante, en caso de ataques continuos que duren *más de 5 minutos*; llamar al 911.
7. Avisar a los padres del ataque.
8. Reorientar al estudiante y guiarlo a un lugar más seguro.
9. Proveer reposo después de un ataque, conforme sea necesario para el estudiante.

Si usted desea que se le otorgue ayuda adicional, o tiene alguna otra preocupación, descríbala aquí<sup>2</sup>.

\_\_\_\_\_

Firma del Padre

\_\_\_\_\_

Fecha

<sup>1</sup>Su distrito tiene una póliza acerca de la toma de medicamentos en la escuela. Si necesita direcciones vaya a la oficina de la escuela de su hijo(a).

<sup>2</sup>Para las restricciones para exámenes y actividades se requiere instrucción escrita por el doctor del estudiante.