



## Tratamiento de Convulsiones y Plan de Emergencia

Verificado por enfermera: \_\_\_\_\_

Estudiante _____ Año escolar _____ Fecha _____
Fecha de nacimiento _____ Escuela _____ Maestro(a) _____
<b>Contactos en caso de emergencia</b>
Nombre _____ Número _____ Relación _____
Nombre _____ Número _____ Relación _____

¿Tomará su estudiante en la escuela medicamento para las convulsiones?

- Sí  
 No

### Información de las convulsiones

Tipo de convulsión	Duración	Frecuencia	Descripción/Fecha de la última convulsión

Provocaciones que pueden llevar a una convulsión o señales de advertencia:

---

---

Comportamiento del estudiante despues de la convulsion:

---

---

### Primero auxilios básicos: Cuidado y comodidades

Por favor describa los procedimientos de primeros auxilios básicos que se tomaron:

---

---

<p><b><u>Primeros auxilios básicos para las convulsiones:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Esté tranquilo y tome el tiempo</li> <li>● Mantenga al estudiante seguro</li> <li>● No sujete al estudiante</li> <li>● No le ponga nada en la boca</li> <li>● Quédese con el estudiante hasta que esté completamente consciente.</li> <li>● Apunte la convulsión en el registro.</li> </ul> <p><b><u>Para convulsiones tónicas generalizadas:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Proteja la cabeza</li> <li>● Mantenga la vía respiratoria abierta/cuide la respiración</li> <li>● Voltee al estudiante al lado</li> </ul> <p><b><u>Cuidado para después de la convulsión:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dé consuelo y confortación al estudiante</li> <li>● Permita que el estudiante descanse mientras alguien lo supervisa. Al recuperarse de una convulsión, es posible que el estudiante se sienta cansado o con sueño.</li> <li>● Notifique a los padres y a la enfermera de la escuela sobre toda convulsión sufrida, ya sea por teléfono o por una nota escrita, tal como sea apropiado.</li> </ul>	<p><b><u>En general una convulsión se considera como emergencia cuando:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● El estudiante tiene varias convulsiones repetidas sin recuperar consciencia</li> <li>● Convulsiones convulsivas (tónicas generalizadas)</li> <li>● La convulsión dura más de cinco minutos</li> <li>● El estudiante está lesionado o es diabético.</li> <li>● El estudiante tiene una convulsión por primera vez.</li> <li>● El estudiante tiene dificultades para respirar.</li> <li>● El estudiante tiene una convulsión en el agua.</li> </ul> <p><b>*LLAME AL 911</b></p>
---	--

***Por favor tenga en cuenta que: Si el estudiante tiene varias convulsiones, se puede llamar a los padres para que lo recojan y lo mantengan en observación.***

**Respuesta a la emergencia (Marque todo lo que es aplicable)**

- Llamar al 911
- Administrar los medicamentos de emergencia en la lista del plan del estudiante
- Notificar a los padres
- Otro

---



---

**Protocolo para el tratamiento durante las horas de escuela(Incluya medicamentos de emergencia)**

Nombre del medicamento	Potencia	Dosis	Medio	Instrucciones especiales	Cautidad

***Todo medicamento dado por el personal del AASD está solamente disponible para el estudiante durante las horas de escuela (7:30 a.m. - 4:00 p.m). No debe estar vencido y debe estar en el envase/botella etiquetado adecuadamente. Pida en su farmacia etiquetas extras o envases.***



**¿Tiene su estudiante un Potenciador de Nervio Vago (VNS)?**

- Sí
- No

Si es afirmativo, explique por favor el uso del magneto:

\_\_\_\_\_

Por favor anote cualquier otro acomodo, consideración o precaución que se debe tener:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Permiso de los padres para el tratamiento de salud en la escuela.**

Yo, padre/tutor del estudiante mencionado arriba, pido que este plan de acción se use para el cuidado de mi hijo(a) en caso de una emergencia de salud. Accedo a:

- Proporcionar los suplementos y el equipo necesarios.
- Notificar al personal de la escuela o a la enfermera del distrito escolar cualquier cambio en el estado de salud de mi estudiante.
- Notificar al personal de la escuela y completar un nuevo permiso para cambios en las órdenes del plan de salud del Doctor de mi estudiante.
- Autorizar a la enfermera de la escuela a comunicarse con el Doctor principal o especialista de mi hijo(a) sobre su condición de salud, según sea necesario.
- El personal de la escuela que trabaje directamente con mi hijo(a) tiene permiso de ser informado acerca de su plan de salud.
- Entregar nuevos formularios anualmente si la condición de salud continúa o informar si la condición ya no existe.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Información del Proveedor/Permiso (El proveedor sólo necesita firmar si es estudiante debe tomar medicamento en la escuela).**

Nombre del Proveedor (en molde) \_\_\_\_\_ Nombre de la Clínica \_\_\_\_\_

Número de tel. \_\_\_\_\_ Número de fax \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Firma del Proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*\*Note to Health Care Provider-This document serves as medication and treatment orders. / Nota para el Proveedor de Salud- Este documento sirve como las órdenes de medicamentos y tratamiento.*