

BCSD 2024-2025 School Year  
PLAN DE ACCIÓN PARA CRISIS EPILÉPTICAS



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



### Cuando 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

