

# Plan de Acción en Caso de un Ataque

Fecha: \_\_\_\_\_

**Este alumno está bajo tratamiento debido a un desorden convulsivo. La siguiente información le ayudará en caso de que ocurra un ataque durante las horas de escuela.**

Nombre del estudiante: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Padre/Tutor: _____	Tel. _____ Cel. _____
Otro número de emergencia: _____	Tel. _____ Cel. _____

Doctor encargado: \_\_\_\_\_

Historia médica de importancia: \_\_\_\_\_

Información sobre el ataque			
Tipo de Ataque	Duración	Frecuencia	Descripción

Señales de alerta y causas de un ataque: \_\_\_\_\_ Reacción del Estudiante después de un Ataque: \_\_\_\_\_

### Primeros Auxilios: Cuidado y Apoyo

Por favor describa los pasos básicos de los primeros auxilios: \_\_\_\_\_

Es necesario que el alumno salga del salón de clase después de un ataque?  Si  No

Si su respuesta es SI describa el proceso de re-integración del alumno a la clase: \_\_\_\_\_

**Primeros Auxilios Básicos en un Ataque**

- Cállese y tome el tiempo
- Proteja al niño/a
- No lo sujete
- No ponga nada en su boca
- Quédese con el hasta que recupere su consciencia completamente.
- Haga constar el ataque en el registro

**Para ataques Tónico-clónicos**

- Proteja su cabeza
- Mantenga la ventilación abierta/controla la respiración.
- Coloque al niño/a de lado.

**Generalmente un ataque se considera una emergencia cuando el/la estudiante:**

- Tiene un ataque convulsivo que dura más de cinco minutos.
- Tiene ataques recurrentes sin recuperar la consciencia.
- Esta herido/a o tiene diabetes
- Tiene un ataque por primera vez
- Tiene un ataque en el agua.

### Reacción Emergente

Para este estudiante una emergencia se define como: \_\_\_\_\_

**Protocolo de Emergencia en un Ataque**  
(Revise todo lo señalado y explique porque)

Enfermera de la Escuela \_\_\_\_\_

Llame al 911 \_\_\_\_\_

Comunicarse con los padres o número de emergencia

Suministrar medicina como se indica a continuación

Notificar al médico

Otro \_\_\_\_\_

### Tratamiento Durante las horas de escuela (Incluyendo medicamentos diarios y de emergencia)

Med. <input checked="" type="checkbox"/> Emerg.	Medicamento	Dosis y Hora Su-ministrada	Efectos secundarios comunes e Instrucciones Especiales

Tiene el estudiante un Estimulador del nervio vago?  Si  No Si su respuesta es SI, explique el uso del imán \_\_\_\_\_

### Consideraciones y Precauciones Especiales (Referente a las actividades de la escuela, deportes, paseos, etc.)

**Describa cualquier consideración o cuidado especial:**

Firma del Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre de Familia o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Este documento ayudará a familias y escuelas a actuar de una manera apropiada en caso de un ataque. Este documento debe ser llenado por el padre o tutor del niño/a con epilepsia y su médico. El documento original en inglés fue creado por la Fundación Nacional de Epilepsia y la versión en español fue traducida por el personal de la Fundación para la Epilepsia del Norte de California.*

Este material fue desarrollado con la ayuda financiera del Instituto federal de Salud del Niño y la Madre, Servicios de Salud y Fuentes Administrativas bajo concesión #H98MCO3905, recaudado para ayudar a USC, UCEDD, El Hospital de Niños de Los Angeles, Proyecto de Acceso: para Niños con Epilepsia. También contamos con dos socios en Proyecto de Acceso: La iniciativa Nacional para la Calidad de la Salud de los Niños (NICHQ), concesión #U23MCO38893, y la Fundación para la Epilepsia, concesión #U23MCO3909.

