HEALTH and WELLNESS SERVICES
1200 South Barr Street • Fort Wayne, IN 46802 • Phone: 260.467.1080 • Fax: 260.467.2862

# CONVULSIÓN Información para padres y médicos 2025-26

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES**

Nombre del estudiante: _____ Calificación: _____ D.O.B. _____ RM: _____
Nombre del padre / tutor legal: _____ Teléfono durante el día: _____ Teléfono móvil: _____
Contacto telefónico de emergencia n.º 1: _____ Relación: _____ Teléfono durante el día: _____ Teléfono móvil: _____
Contacto telefónico de emergencia n.º 2: _____ Relación: _____ Teléfono durante el día: _____ Teléfono móvil: _____
Doctor de familia: _____ Teléfono: _____ Neurologo: _____ Teléfono: _____
Preferencia de hospitales: ☐ Lutheran (W. Jefferson) ☐ Lutheran (Dupont) ☐ Lutheran (Downtown) ☐ Parkview (North) ☐ Parkview (Randallia)

**Identifique las cosas que pueden desencadenar una convulsión en su hijo -Marque todo lo que corresponda**

☐ Ejercicio ☐ Estrés ☐ Fatiga ☐ Heat ☐ Otro _____

**Historial de convulsiones**

Edad de inicio de las convulsiones _____ Fecha de la última cita médica por convulsiones _____ Fecha de la última incautación _____

**Type of Seizures**

☐ Ausencia ☐ Parcial simple ☐ Parcial complejo ☐ Tónico-colónico generalizado ☐ Pseudoconvulsión _____ ☐ Otro _____

☐ **Aura (antes de la convulsión)** ___ Sí ___ No
Describir _____

**Cuidados de emergencia**

El personal de la escuela llamará al 911 en las siguientes circunstancias: ausencia de respiración o pulso, convulsiones que duran más de 5 minutos o una convulsión que persiste más de 5 minutos después de que se hayan iniciado procedimientos o medicamentos especiales, dos o más convulsiones sin un período de consciencia >5 minutos entre, labios de piel pálidos o azulados continuos, o respiración ruidosa después de que cesa la convulsión. Otro _____

**Diariamente Medicamentos tomados para controlar Convulsiones**

| Nombre del medicamento | Monto | Cuándo se usa (Tiempo) |
|---|---|---|
| 1. | | |
| 2. | | |

***Medicamentos o medidas de emergencia Nota: estos necesitarán la autorización del médico para su uso en la escuela***

| Nombre del medicamento | Monto | Cuándo se usa (Tiempo) | ¿Ha recibido su hijo alguna vez este medicamento? |
|---|---|---|---|
| 1. | | | ❒ Sí ❒ No |
| 2. | | | ❒ Sí ❒ No |

***Nota: Si la enfermera escolar no está disponible, Diastat puede ser administrado por personal capacitado sin licencia en el entorno escolar. Diastat/Versed no se puede administrar en un autobús escolar. Los conductores de autobús enviarán EMS para su atención. Si la primera dosis del medicamento de emergencia se administra en la escuela, el personal de la escuela llamará al 911 después de administrarla. Versed SOLAMENTE puede ser administrado por una enfermera de la escuela, y el personal de la escuela debe llamar al 911 para recibir atención inmediata con actividad convulsiva si la enfermera no está disponible.***

Acepto que esta información (plan) se puede compartir con los miembros del personal apropiados, que trabajan con el estudiante, según sea necesario. Por la presente libero al Distrito Escolar de la Comunidad de Fort Wayne y a cualquiera de sus agentes, empleados, administradores, de cualquier responsabilidad por cualquier lesión o daño que sufra mi hijo como resultado del acuerdo de nuestro Distrito de cumplir con la solicitud anterior. Acepto permitir que la enfermera de la escuela se comunique con mi médico sobre el plan de tratamiento de mi hijo para la escuela. Acepto mantener informada a la enfermera de la escuela por escrito sobre la salud de mi hijo y contactar a la enfermera de la escuela por escrito si se realizan cambios en el plan.

_____ _____

**Firma de los padres** **Fecha**

HEALTH and WELLNESS SERVICES
1200 South Barr Street • Fort Wayne, IN 46802 • Phone: 260.467.1080 • Fax: 260.467.2862

# CONVULSIÓN Información para padres y médicos 2025-26

## PHYSICIAN INFORMATION *This section is only to be filled out by the health care provider and is only necessary for the special circumstances listed below.*

**Student _____ DOB _____**

### Seizure Care

❒ **Student may remain at school after a seizure if the seizure is < _____ and recovery time is < _____**

❒ **Use Diastat® (diazepam rectal gel) _____ mg rectally PRN for:**
- ❒ Seizure greater than _____ minutes **AND/ OR**
- ❒ for _____ or more seizures in _____ hours.

❒ **Use Versed _____ mg nasally PRN for:**
- ❒ Seizure greater than _____ minutes **AND/ OR**
- ❒ for _____ or more seizures in _____ hours.

***Note: If school nurse is not available Diastat MAY be administered by trained unlicensed staff in the school setting. Diastat/Versed cannot be administered on a school bus. Bus drivers will dispatch EMS for care. If the first dose of emergency medication is given at school, school staff will call 911 after it is given. Versed may ONLY be administered by a school nurse, and school staff must call 911 for immediate attention with seizure activity if nurse is unavailable.***

❒ **Use Vagal Nerve Stimulator (VNS) Magnet**

**Position of VNS (Please Indicate)**

1. Assist student to a safe position with head to the side (to keep airway open)
2. Locate the implanted generator in the _____ chest.
3. Swipe the magnet over the implant, moving from **bottom to top,** to the count of 1-2-3. (This can be done over clothing)
4. Swipe again if the seizure continues for more than one minute. Continue to swipe once each minute until seizure activity ceases.

❒ **Other _____**

### Activity Restrictions

☐ Helmet needed ☐Recess ☐ Gym/Sports ☐ Swimming ☐ Field Trips ☐ Other _____

Details of restrictions

### CALL 911 if

- ❑ Seizure does not stop by itself within _____ minutes.
- ❑ Two or more seizures **without** a period of consciousness between, which last 5 minutes or greater.
- ❑ Continued unusually pale or bluish skin/lips or noisy breathing after the seizure has stopped.
- ❑ Seizure does not stop with **VNS** within _____ minutes.
- ❑ Seizure does not stop within _____ minutes of giving Diastat or Versed
- ❑ Child does not start waking up within _____ minutes after seizure is over (**no Diastat given**).
- ❑ Child does not start waking up within _____ minutes after seizure is over (**AFTER** Diastat is given).
- ❑ Immediately following intranasal versed administration.

**Physician Signature_____ Date_____**