SCS
SCOTT COUNTY SCHOOLS

Estimado Padre/Guardián:

De acuerdo con nuestros Registros de salud, su hijo tiene antecedentes de convulsiones que pueden requerir tener medicamentos de emergencia a mano para las convulsiones posibles.

Se adjuntan los formularios que deben completar el Padre/Guardián y/o El Médico y devolverlos a la Enfermera Escolar. **Debemos** tener el formulario de medicación junto con el medicamento para que el personal pueda administrarlo en caso de una emergencia.

La información en estos formularios nos ayudará a determinar la mejor manera de ayudar a su hijo durante el día escolar y se distribuirá al personal escolar apropiado sobre una base de necesidad de saber y puede incluir conductores de autobuses, maestros sustitutos, personal de cafetería y otras personas que trabajan con su hijo diariamente.

Para ayudar a su hijo, por favor háganos saber de cualquier cambio en la condición médica de su hijo o números de teléfono de emergencia durante el día.

Los siguientes formularios deben ser completados y devueltos a la escuela de su hijo al comienzo del año escolar.

- Formulario de administración de medicamentos/Administration of Medication Form (padre y médico)
- Plan de atención médica para convulsiones/Seizure Health Plan (médico)
- Cuestionario para padres de convulsiones/Seizure Parent Questionnaire (padre)

Por favor comuníquese con la Enfermera Escolar si tiene alguna pregunta.

¡Estamos esperando un gran año con su estudiante!

Enfermera del Distrito Escolar del Condado de Scott

SCS
SCOTT COUNTY SCHOOLS

Guías de Gestión de Estudiantes con Convulsiones

LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE SCOTT se comprometen a satisfacer plenamente las necesidades de los alumnos que tienen epilepsia, mantenerlos seguros, asegurar que alcancen todo su potencial, y estén totalmente incluidos en la vida escolar. Esto puede incluir:

- Mantener registros cuidadosos de los cambios en el comportamiento y los niveles de logro para identificar a los alumnos que no están logrando su máximo potencial.
- Abordar cualquier problema a tiempo.
- Asegurarse que todos los alumnos con epilepsia estén totalmente incluidos en la vida escolar, las actividades y las salidas (día y residencial) y no estén aislados ni estigmatizados.
- Dar voz a los puntos de vista de los alumnos con epilepsia, por ejemplo, en cuanto a sentirse seguros, respeto por otros alumnos, burlas e intimidación, lo que debería suceder durante y después de una convulsión, ajustes para apoyarlos en el aprendizaje, ajustes para permitir la plena participación en la vida escolar y la sensibilización sobre la epilepsia en la escuela.
- Realizar los ajustes necesarios, por ejemplo, los plazos de los exámenes, los plazos de los cursos, los horarios
- Enlace completo con los padres y profesionales de la salud (con el permiso de los padres) para compartir información sobre la educación del alumno, la atención médica, los medicamentos y cualquier efecto que esto tenga en su vida escolar (por ejemplo, medicamentos para la epilepsia y las convulsiones pueden afectar la capacidad de concentración de una persona). Este será un proceso continuo.
- Asegurarse que el personal esté consciente de la epilepsia y sepa qué hacer si un alumno tiene una convulsión.
- Asegurarse que habrá un miembro capacitado del personal disponible en todo momento para entregar medicamentos de emergencia.
- Cada estudiante con epilepsia tendrá un Plan de Atención Médica Individual en su lugar, que incluirá información sobre las convulsiones, medicamentos y protocolos de emergencia del alumno.
- Sensibilizar sobre la epilepsia en toda la comunidad escolar, incluidos los alumnos, el personal y los padres.

PADRES/GUARDIANES la expectativa es que Ustedes serán un enlace activo para sus hijos:

- Notificando a la escuela de convulsiones relacionadas con una condición de discapacitación o necesidad médica.

- Llenando y devolviendo el Formulario de Administración de Medicamentos/Medication Administration Form, el Plan de Acción de Convulsiones/Seizure Action Plan y el Cuestionario para Padres/Parent Questionnaire.
- Proveyera iinformación médica de una autoridad médica reconocida (RMA) aprobada por el Distrito, autorizada para ejercer dentro del Estado de Kentucky como se indica en el IEP del estudiante, el plan 504, o el plan de salud.
- Proporcionar información médica actualizada según lo solicitado por el Distrito.
- Participar en cualquier reunión o discusión con respecto al plan de salud del niño.
- Notificar a la escuela de cualquier cambio relacionado con su epilepsia.

Plan de acción para las crisis

Este/a estudiante está recibiendo tratamiento para un desorden convulsivo. La siguiente información le ayudará en caso que se presente una crisis durante el horario escolar.

Nombre del/de la estudiante: Fecha de nacimiento:

Padre/Madre /Guardián legal: Teléfono: Celular:

Otro contacto de emergencia: Teléfono: Celular:

Médico tratante: Teléfono:

Historia médica significativa:

Información de la crisis

Tipo de crisis	Duración	Frecuencia	Descripción

Lo que desencadena las crisis o señales de advertencia: Reacción del estudiante después de una crisis:

Primeros auxilios básicos y manera de confortar al estudiante

Por favor describa los procedimientos a seguir para administrar primeros auxilios básicos:

¿Necesita el estudiante salir del salón después de una crisis? En caso de ser necesario, describa el proceso para regresar al estudiante al salón de clase: ❒ Sí ❒ Si

Primeros auxilios básicos para una crisis

- Mantenga la calma y tome nota de la hora en que se inicia la convulsión
- Mantenga al niño o niña seguro y a salvo
- No lo/la sujete
- No le ponga nada en la boca
- Quédese con el niño o niña hasta que esté completamente consciente
- Registre la convulsión en el registro de crisis.

Para las convulsiones tónico-clónicas:

- Proteja la cabeza
- Mantenga abiertas las vías respiratorias/observe la respiración
- Coloque al niño o niña de costado

Respuesta ante Emergencias

Una "emergencia de crisis convulsiva" para este/a estudiante se define como:

Protocolo de emergencia de crisis convulsiva (Marque todo lo que aplique y aclare debajo)

- ❒ Contacte la enfermera escolar al _____
- ❒ Llame al 911 para su transporte a _____
- ❒ Notifique a los padres o al contacto de emergencia
- ❒ Administre los medicamentos de emergencia según se indica abajo
- ❒ Notifique al médico
- ❒ Otro_____

Una convulsión generalmente se considera una emergencia cuando:

- Las convulsiones (tónico-clónicas) duran más de 5 minutos
- El/la estudiante tiene convulsiones que se repiten antes de que la persona recupere la consciencia completamente
- El estudiante está herido o tiene diabetes
- El estudiante presenta una convulsión por primera vez
- El estudiante tiene dificultades para respirar
- El estudiante tiene una convulsión mientras esta en el agua

Protocolo de tratamiento durante el horario escolar (incluya medicamentos diarios y medicamentos de emergencia)

Medicamentos de emergencia	Medicamentos	Dosis y hora del día en que fue administrado	Efectos secundarios comunes e instrucciones especiales

¿Tiene el estudiante un estimulador del nervio vago? ❒ Sí ❒ No Si sí, describa el uso de imán:

Consideraciones y precauciones especiales (con respecto a las actividades escolares, deportes, viajes, etc.)

Describa cualquier consideración o precaución especial:

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Madre/Guardián legal: _____ Fecha: _____

EPILEPSY FOUNDATION

Copyright 2013 Epilepsy Foundation of America, Inc. ®

EPILEPSY FOUNDATION

www.epilepsyfoundation.org/epilepsia

CUESTIONARIO PARA PADRES DE UN ESTUDIANTE CON CRISIS

Por favor complete todas las preguntas. Esta información es esencial para que la enfermera y el personal escolar puedan determinar las necesidades especiales de su estudiante y proveerle un ambiente de aprendizaje positivo y de apoyo. Si usted tiene alguna pregunta sobre cómo completar esta forma, por favor póngase en contacto con la enfermera escolar de su niño/a.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Nombre del Estudiante:_____Año escolar:_____Fecha de nacimiento:_____

Escuela:_____Grado:_____ Salón:_____

Nombre del padre/Guardián:_____Tel. (Casa):_____(Trabajo):_____(Celular):_____

Otro contacto de emergencia:_____Tel. (Casa):_____(Trabajo):_____(Celular):_____

El neurólogo del/de la niño/a:_____Tel.:_____Dirección:_____

El médico de cuidados primarios del niño o niña.:_____Tel.:_____Dirección:_____

Eventos significativos dentro de su historia médica o condiciones de salud: _____

INFORMACIÓN SOBRE LAS CRISIS:

1. ¿Cuándo fue diagnosticado su niño/a con crisis epilépticas o epilepsia?_____

2. Tipo(s) de crisis:

Tipo de crisis:	*Duración*	*Frecuencia*	*Descripción*

3. ¿Que podría provoca una crisis en su niño/a?_____

4. ¿Se presenta alguna señal de advertencia y/o cambios en la conducta de su niño/a antes de que el ocurra una crisis? SI NO

   Si respondió SÍ, por favor explique:_____

   _____

5. ¿Cuándo fue la última crisis de su niño/a?_____

6. ¿Ha habido algún cambio reciente en el patrón de comportamiento de las crisis de su niño/a? SI NO

   Si respondió SI, por favor explique:_____

   _____

7. ¿Cómo reacciona su niño/a después de que termina una crisis?_____

   _____

8. ¿Cómo afectan las otras enfermedades el control de las crisis de su niño/a?

   _____

Primeros auxilios básicos para crisis:

- ✓ Mantenga la calma y note el tiempo que dura la crisis
- ✓ Mantenga al niño o niña a salvo
- ✓ No le inmovilice
- ✓ No le ponga nada en la boca
- ✓ Permanezca con el/ niño o niña hasta que esté totalmente consciente
- ✓ Documente las crisis

Para crisis tónico-clónicas (Gran mal):

- ✓ Proteja su cabeza
- ✓ Mantenga las vías respiratorias abiertas /observe la respiración
- ✓ Coloque al niño o niña de lado

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS: Cuidados y medidas para confortar al niño o niña

9. ¿Qué procedimientos de primeros auxilios básicos deben tomarse cuando su niño/a tiene una crisis en la escuela?_____

_____

10. Después de una crisis ¿Necesita su niño/a salir del salón de clase? SI NO

Si respondió SI, ¿Qué proceso recomienda usted para regresar al niño o niña a su salón de clase?: _____

Generalmente una crisis se considera como una emergencia cuando:

- ✓ Un convulsión (tónico-clónica) dura más de 5 minutos
- ✓ El estudiante ha tenido crisis continuas sin recobrar la consciencia
- ✓ El estudiante tiene la crisis por primera vez
- ✓ El estudiante está herido o es diabético
- ✓ El estudiante tiene dificultades para respirar
- ✓ El estudiante tiene una crisis en el agua

EMERGENCIA EN CASO DE UNA CRISIS

11. Por favor describa qué es lo que constituye una emergencia para su niño/a (La respuesta puede requerir que consulte con el médico que trata al niño o niña y con la enfermera escolar.)_____

_____

12. ¿Ha sido hospitalizado el niño o niña alguna vez debido a crisis continuas?

SI NO

Si respondió SI, por favor explique: _____

INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS PARA LAS CRISIS Y TRATAMIENTO

13. ¿Qué medicinas toma su niño/a?

Medicina	Fecha de inicio	Dosis	Frecuencia y hora en que se toma	Posibles efectos secundarios

14. ¿Qué medicinas de emergencia/o de rescate le han prescrito a su niño/a?

Medicina	Dosis	Instrucciones de administración (Horario* y método **)	Que hacer después de que la medicina es administrada:

* *Después de la 2da. o 3er crisis, para crisis continuas, etc* ***Por vía oral, bajo la lengua, o por vía rectal.*

15. ¿Qué medicinas necesita tomar su niño/a durante las horas escolares?_____

16. ¿Deben administrarse algunas de estas medicinas de una manera especial? SI NO

Si respondió SI, por favor explique:_____

17. ¿Se debe estar pendiente de alguna reacción en particular? SI NO

Si respondió SI, por favor explique:_____

18. ¿Qué debe hacerse cuando su niño/a no toma alguna dosis del medicamente?_____

19. ¿Debe tener la escuela una dosis de medicina en reserva en caso de que el/la niño/a no tome una dosis? SI NO

20. ¿Desea usted que se le llame antes de que se le dé al niño o niña la medicina de reserva en caso de que no haya tomado una dosis? _____

21. ¿Tiene su niño/a un Estimulador del nervio vago? SI NO

Si respondió SI, por favor describa las instrucciones para el uso apropiado del imán:_____

CONSIDERACIONES Y PRECAUCIONES ESPECIALES

22. Marque todo lo que aplica y describa cualquier consideración o precauciones que deben tomarse:

- ❑ Salud general_____
- ❑ Funcionamiento físico_____
- ❑ Aprendizaje:_____
- ❑ Comportamiento:_____
- ❑ Estado de ánimo/adaptación:_____
- ❑ Otro:_____
- ❑ Educación fisca /deportes:_____
- ❑ Recreo:_____
- ❑ Viajes escolares:_____
- ❑ Transporte por autobús:_____

SOBRE LA COMUNICACIÓN

23. ¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted sobre las crisis de su niño/a?_____
_____

24. ¿Nos permite compartir esta información con el maestro o maestra del salón de clase y otro personal apropiado de la escuela? SI NO

Firma de Padre/Guardián:_____ Fecha: _____ Fecha en que fue actualizado: _____

©2013 Epilepsy Foundation of America, Inc. Todos los derechos reservados.

Machine Translated by Google

ESTUDIANTES 09.2241 AP.21

Formulario de Permiso para Medicamentos con Receta o de Venta Libre

Escuela: _____ Fecha de recepción del formulario por la escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ Calificación: _____ Aula/Salón de clases: _____

Edad del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA RECETA Y MEDICAMENTOS SIN RECETA (OTC)

Nombre del medicamento: _____ Motivo de la medicación: _____

Forma del medicamento/tratamiento: Tableta/cápsula Líquido Inhalador Inyección Nebulizador Otro _____

Describa el horario y la dosis a administrar en la escuela: _____

Fecha de inicio: fecha de recepción del formulario Otro, según se especifique: _____

Fecha de finalización: solo para eventos episódicos/de emergencia fin del año escolar Otra fecha/duración: _____

Requisitos especiales de almacenamiento: Ninguno Refrigerar Otro _____

Restricciones y/o efectos secundarios importantes: Sin restricciones/efectos secundarios Sí. Por favor describa:

_____

NOTA: En caso de que se notifique al Director o persona designada sobre la posibilidad de una reacción adversa o extrema a un medicamento, deberá informar al maestro(s) del estudiante sobre dicha posibilidad antes de que el estudiante comience el programa de medicación.

De conformidad con KRS 158.832 a 158.836, las Escuelas del Condado de Scott permiten que un estudiante posea y se autoadministre medicamentos para el asma, la diabetes o la anafilaxia en la escuela y en funciones relacionadas con la escuela una vez que el padre/tutor y el médico del estudiante completen la siguiente información y el padre/tutor exima de responsabilidad.

Se le ha instruido al estudiante en la autoadministración del medicamento que se completará para reacciones asmáticas, diabéticas o alérgicas graves (anafilaxia) SOLAMENTE: No Se requiere supervisión No se requiere supervisión

El estudiante debe llevar este medicamento consigo: No Sí

Por favor indique información adicional: En el reverso de este formulario Como archivo adjunto

_____ _____
Firma del médico/proveedor de atención médica Fecha

_____ _____
Firma del padre/tutor Fecha

Nombre del médico/proveedor de atención médica: _____

DIRECCIÓN: _____

Teléfono #: _____ Número de fax: _____

A la escuela: Informe inquietudes sobre medicamentos o la condición del estudiante al médico/proveedor de atención médica mencionado anteriormente.

PERSONAL ESCOLAR: ASEGÚRESE DE QUE LA PÁGINA 2 DE ESTE FORMULARIO TAMBIÉN ESTÉ COMPLETADA.

Machine Translated by Google

Formulario de Permiso para Medicamentos con Receta o de Venta Libre

PARA TODOS LOS MEDICAMENTOS

Doy permiso para _____ recibir los medicamentos mencionados anteriormente en la escuela de acuerdo
Nombre del estudiante

De acuerdo con la política escolar estándar, eximo expresamente de toda responsabilidad a la escuela, sus empleados y agentes, y renuncio a cualquier responsabilidad en relación con cualquier lesión o reacción derivada de la administración del medicamento mencionado, a menos que sea consecuencia de negligencia o mala conducta de la escuela o sus empleados. En cuanto a la medicación continua, entiendo que tengo la responsabilidad final de proporcionar a la escuela un suministro adecuado de medicamentos para que se puedan seguir las indicaciones de un médico o profesional de la salud.

Fecha: _____ Firma: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono de emergencia _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA

Yo/Nosotros reconocemos haber recibido la declaración y autorización anteriores.

Administrador/designado _____ Fecha _____