Georgia Cyber Academy
1745 Phoenix Blvd Suite #100
Atlanta, Georgia 30349
Fax: 1404.795.9097
Correo electrónico: 504@georgiacyber.org

PLAN DE ACCIÓN MÉDICA CONTRA CONVULSIONES

Información del estudiante		
Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	*Nivel de Grado*
Alergias:		
Información del contacto		
Nombre de la Madre:	# del Hogar:	# de Celular:
Nombre del Padre:	# del Hogar:	# de Celular:
Dirección de Residencia:	Ciudad / Estado:	Código Postal:
Contacto de Emergencia y Relación:	# del Hogar:	# de Celular:
Médico de Atención Primaria / Pediatra:	# Teléfono:	# de fax:
Endocrinólogo:	# Teléfono:	# de fax:
Entiendo que es mi responsabilidad como padre/tutor de _____ Notificar al Coordinador 504/personal de la escuela sobre cualquier cambio en la condición de salud y/o régimen de medicación/tratamiento de mi hijo. Autorizo al médico de mi hijo y a su personal a divulgar la siguiente información sobre el estado de salud de mi hijo. Entiendo que esta información de salud **solo** se compartirá con el personal escolar pertinente.		
Firma del Padre / Tutor:	Fecha:	

Información sobre Convulsiones			
Tipo de Convulsión	**¿Cuánto tiempo dura?**	**¿Con qué frecuencia?**	**¿Qué sucede?**

Protocolo para Convulsiones Durante la Escuela (marque todo lo que corresponda)

- Primeros auxilios: **Quédate, Seguro, De Lado**
- Dar terapia de rescate según Plan de Convulsiones.
- Notificar a los padres/tutores/contacto de emergencia.
- Llame al 911 para transporte al hospital .
- Otro: _____

Primeros auxilios ante cualquier convulsión.

- **PERMANECER** calmados, mantener la calma, **comenzar a tomar tiempo de la convulsión**
- Mantenme **A SALVO –** retirar objetos dañinos, no restringir, proteger la cabeza
- **AL LADO –** gire de lado si no está despierto, mantenga las vías respiratorias despejadas, no se lleve objetos a la boca
- **PERMANECER** hasta recuperarse de la convulsión
- Imán deslizante para estimulación del nervio vago
- Anote lo sucedido
- Otro _____

Cuándo llamar al 911

- Convulsiones con pérdida del conocimiento de más de 5 minutos, sin respuesta a los medicamentos de rescate si están disponibles.
- Convulsiones repetidas de más de 10 minutos, sin recuperación entre ellas, sin respuesta a los medicamentos de rescate si están disponibles.
- Dificultad para respirar después de una convulsión.
- Se produce o se sospecha lesión grave, convulsión en el agua.

Cuándo llamar primero a su proveedor médico

- Cambio en el tipo, número o patrón de convulsiones.
- La persona no regresa a su comportamiento habitual (es decir, está confundida durante un largo período).
- Convulsión por primera vez que cesa por sí sola .
- Es necesario controlar otros problemas médicos o embarazo.

Cuándo puede ser necesaria la terapia de rescate	
Cuándo y qué hacer:	
Si hay convulsión (grupo, número o longitud)	
Nombre del Medicamento / Receta Medica	Cuánto Administrar / Dosis:
Como Administrar:	
Si hay convulsión (grupo, número o longitud)	
Nombre del Medicamento / Receta Medica	Cuánto Administrar / Dosis:
Como Administrar:	
Si hay convulsión (grupo, número o longitud)	
Nombre del Medicamento / Receta Medica	Cuánto Administrar / Dosis:
Como Administrar:	

Cuidados después de una convulsión
¿Qué tipo de ayuda se necesita?
¿Cuándo podrá el estudiante retomar su actividad habitual?

Instrucciones Especiales
Primeros Auxiliadores:
Departamento de Emergencia:

Medicina diaria para las convulsiones			
Nombre del Medicamento	**Monto Diario Total**	**Cantidad de Pastilla / Líquido**	**Tiempo de Cada Dosis y Cantidad**

Otra información			
Desencadenantes:			
Historial médico importante:			
Cirugía de Epilepsia: (tipo, fecha, efectos secundarios)			
Dispositivo: ☐ VNS ☐ RNS ☐ DBS Datos implantados:			
Terapia dietética: ☐ Cetogénico ☐ Bajo índice glucémico ☐ Afines modificados ☐ Otro (describir)			
¿Cómo afectará este impedimento a la asistencia a la escuela?			
Instrucciones Especiales:			
Comprensión del estudiante y capacidad para manejar su trastorno:			
Contactos de atención médica			
Proveedor Médico de Epilepsia:	# de Teléfono:		
Proveedor de Atención Primaria:	# de Teléfono:		
Hospital Preferido:	# de Teléfono:		
Farmacia:	# de Teléfono:		
La firma del padre/tutor indica reconocimiento y autorización para compartir información médica entre el médico de nuestro estudiante y otros proveedores de atención médica y autoriza a la enfermera escolar designada a compartir información médica con otros empleados de la escuela según sea necesario.			
Firma del Padre / Tutor:	Fecha:		

Firma del Proveedor:	Fecha: