



## PLAN DE ACCIÓN PARA CRISIS EPILÉPTICAS BCSD 2026-2027 School Year



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



**Quando 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 \_\_\_\_\_

#### 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: \_\_\_\_\_

Plan de Acción para Crisis Epilépticas

#### 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: \_\_\_\_\_

## Permiso para llevar/administrarse a uno mismo

El estudiante tiene permiso para llevar y administrar este medicamento por sí mismo.  No  Sí – si es así, lea lo siguiente con atención: Si se marca la casilla de sí, estoy de acuerdo en que a este estudiante se le debe permitir tener el medicamento/procedimiento mencionado anteriormente en su persona durante las horas escolares, en el transporte hacia y desde la escuela o actividades patrocinadas por la escuela, en actividades antes y después de la escuela en la propiedad escolar, y en cualquier actividad patrocinada por la escuela. Este niño ha demostrado competencia en el auto-monitoreo y auto-administración de este medicamento/procedimiento. El padre es consciente de que no puede responsabilizar al distrito escolar por ningún resultado adverso de esta acción.

Nombre impreso del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Proveedor de Atención Médica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Contactos de Cuidados Médicos

Doctor para la epilepsia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de salud general: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Padres / Tutores Legales, Por Favor Lean Cuidadosamente: Al firmar a continuación, entiendo y acepto lo siguiente:

- Se desarrollará un Plan de Atención Médica Individualizado (IHP) para los estudiantes que tengan una condición de salud que necesite un IHP.
- El distrito escolar y sus empleados y agentes no son responsables por una lesión que surja del auto-monitoreo o auto-administración de medicamentos por parte de un estudiante.
- El padre o tutor indemniza y exonera al distrito y sus empleados y agentes de cualquier reclamación que surja del auto-monitoreo o auto-administración de medicamentos por parte de un estudiante.
- El distrito escolar y sus empleados y agentes no son responsables por una lesión que surja de la administración de medicamentos autorizados por un IHP.
- El padre o tutor indemnizará y mantendrá indemne al distrito y sus empleados y agentes contra cualquier reclamación que surja de la administración de medicamentos autorizados por un IHP.
- 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.
- Estoy de acuerdo en permitir que los medicamentos de los estudiantes viajen con el maestro / personal en las excursiones, si el tiempo de medicación ocurre durante la excursión.
- 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 \_\_\_\_\_