



FORMULARIO DE PROTOCOLO DE CONVULSIONES

Este formulario debe ser rellenado por un proveedor sanitario autorizado.

Nombre del estudiante: _____

Data de nacimiento: _____

INFORMACIÓN E HISTORIAL DE CONVULSIONES

Tipo/Descripción:

Duración:

Frecuencia:

Desencadenantes:

¿El estudiante tiene un estimulador del nervio vago? SÍ ☐ NO ☐

GESTIÓN DE EMERGENCIAS (Medicación, VNS Magnet, etc.):

APOYO Y RESPUESTA DEL PERSONAL DEL AULA:

- Contacta con la enfermera escolar (llama al 911 inmediatamente si no hay enfermera disponible)
- Mantén la calma y sigue con el estudiante
- Mantener a los estudiantes seguros y eliminar objetos peligrosos
- Gira al estudiante de lado para apoyar la vía aérea
- No pongas nada en su boca ni restrinja el movimiento
- Anota la actividad de las convulsiones y cronometrala de principio a fin

***Si se prescribe medicación, se requiere un Formulario de Autorización para la Administración de Medicamentos.**

Autorización para proveedores licenciados:

Nombre del proveedor: _____

Fecha: _____

Firma del proveedor: _____

Autorización de padres/tutores:

Nombre del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____