

PLAN DE ACCIÓN PARA CRISIS EPILÉPTICAS



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 Durante la Crisis

Cómo responder a una crisis epiléptica (marque todas las opciones que apliquen) ☐

- | | |
|--|---|
| ☐ Primeros Auxilios – Permanezca. A Salvo. De Lado. | ☐ Notificar a la persona en caso de emergencia al: _____ |
| ☐ Dar el medicamento de rescate, de acuerdo con el plan de acción | ☐ Llamar al 911 para transporte a: _____ |
| ☐ Notificar a la persona en caso de emergencia | ☐ Otras Notas: _____ |



Primeros Auxilios para Cualquier Crisis Epiléptica

- ☐ **PERMANEZCA** calmado, empiece a **tomar el tiempo de la crisis epiléptica**
- ☐ Manténgame **A SALVO** – aleje objetos peligrosos, no me sujete, proteja mi cabeza
- ☐ Acuésteme **DE LADO** si no estoy despierto(a) o consciente, no obstruya vías respiratorias, ni ponga cosas en la boca
- ☐ **PERMANEZCA** hasta que me recupere de la crisis
- ☐ Deslice el imán del aparato para la estimulación del nervio vago (VNS)
- ☐ Anote que pasa _____
- ☐ Otras notas _____

Cuándo Llamar al 911

- ☐ Crisis epilépticas con pérdida del conocimiento de más de 5 minutos, si la persona no responde al medicamento de rescate (siempre y cuando esté disponible)
- ☐ Crisis epilépticas que se repiten y duran más de 10 minutos, sin recuperación entre crisis, si la persona no responde al medicamento de rescate (siempre y cuando esté disponible)
- ☐ Problemas de respiración después de la crisis epiléptica
- ☐ Si ocurren (o sospecha que puede haber) lesiones graves, crisis epilépticas bajo el agua

Cuándo Llamar primero a su médico

- ☐ Cambios en el tipo, cantidad o forma de las crisis
- ☐ La persona no regresa a su comportamiento normal (por ejemplo, está confundida por largo tiempo)
- ☐ Primera vez que tiene una crisis epiléptica que acaba sola
- ☐ Otros problemas de salud o embarazo que necesiten revisión



Cuando un medicamento de rescate sea necesario:

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 _____

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 (incluya detalles) _____

Cuándo puede la persona regresar a sus actividades de rutina _____

Instrucciones Especiales

Personal de Primeros Auxilios: _____

Departamento de Emergencia: _____

Medicamentos Para las Crisis Diarias

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 para controlar su 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 (más detalles) _____

Instrucciones Especiales: _____

Contactos de Cuidados Médicos

Doctor para la epilepsia: _____ Teléfono: _____

Médico de salud general: _____ Teléfono: _____

Hospital de preferencia: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Mi firma: _____ Fecha _____

Firma de mi médico: _____ Fecha _____

Acute Seizure Action Plan (ASAP)

This ASAP can be used in conjunction with your longer Seizure Action Plan. Having this shortened version may be helpful in the event of a seizure.

Name: _____	Birth date: _____	Today's date: _____
Care partner phone numbers: _____	Provider name/facility: _____	Provider phone numbers: _____
	Telemedicine: _____	



Usual Seizure Pattern

Triggers: _____	
Pattern of seizures: _____	
What the seizures normally look like (Check all that apply)	
 ☐ Atonic seizure (also called drop)	 ☐ Absence seizure (also called petit mal)
 ☐ Tonic seizure	 ☐ Clonic seizure
 ☐ Focal impaired awareness seizure (also called complex partial)	Describe: _____
NOTES: _____	

Care

Standard Care Needed				
If this happens, _____ provide standard care				
 Time the seizure NOTES: _____	 STAY with person NOTES: _____	 Keep person SAFE. NOTES: _____	 Turn the person onto their SIDE NOTES: _____	 Keep a record NOTES: _____

Provide Rescue Treatment				
If this happens, _____ provide standard care (above) and rescue treatment				
 ☐ Rectum	 ☐ Nose	 ☐ Mouth	☐ Other: _____	
Specific instructions: _____				

Call for Emergency Help				
If any of these happen,				Get help now
 ☐ Seizure longer than _____ minutes	 ☐ Unusual seizure	 ☐ Injury/Blue lips	☐ Other: _____	 911
NOTES: _____				Healthcare provider name/phone number: _____

Healthcare Provider Authorization				
Signature: _____ Provider Printed Name: _____ Date: _____ For use from: _____ to: _____				