CONVULSIONES

Distrito Escolar de Mamaroneck
Plan de acción de emergencia

Agregar foto del estudiante

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Grado/clase: _____

Escuela: ☐ Central ☐ Chatsworth ☐ Mamaroneck Avenue ☐ Murray ☐ Hommocks ☐ MHS

Contacto	Nombre	Casa	Cel	Trabajo
Madre/Tutor(a)				
Padre/Tutor(a)				
Contacto de emergencia				

Médico que el estudiante ve para las convulsiones: _____ **Teléfono:** _____

Médico de atención primaria: _____ **Teléfono:** _____

***Marque si el estudiante tiene órdenes médicas para Diastat/Valtoco/Nayzilam en la escuela: Sí ☐ No ☐**

***Marque si el estudiante no necesita medicamento de rescate en el autobús hacia o desde la escuela: ☐**

***Marque si no hay personal capacitado ni un cuidador presente para administrar el medicamento de rescate (por ejemplo, en el autobús, excursiones o actividades organizadas por la escuela): LLAME AL 911 al inicio de la crisis convulsiva ☐**

***Restricciones (si las hubiera):** _____ ☐ **Marque aquí si no hay restricciones**

Intervención de emergencia Si ve esto:	**Haga Esto:**
Puede experimentar un aura (sensación o sentimiento inusual) inmediatamente antes de la convulsión, como: ● Alucinación visual ● Sonido extraño ● Falta de olfato, olor extraño ● Necesidad urgente de ponerse a salvo ● Se apaga levemente ● Está soñando despierto(a) ● Sacudidas rítmicas o rigidez de todas o algunas de las extremidades y la cara ● No responde durante y por un tiempo después del episodio convulsivo	1. Llame a la enfermera escolar. 2. Use guantes. Utilice precauciones para el control de infecciones. 3. No coloque nada en la boca del estudiante. 4. Coloque al estudiante de lado para evitar que se atragante. 5. Si el estudiante está de pie o sentado, bájelo suavemente al suelo para evitar una caída. 6. Si es posible, coloque un cojín o una manta debajo de la cabeza del estudiante. 7. No sujete ni restrinja al estudiante. 8. Despeje el área alrededor del estudiante para evitar lesiones causadas por objetos afilados. 9. No le dé alimentos, bebidas ni medicamentos (a menos que la enfermera se los administre con autorización médica). 10. Observe toda la actividad del estudiante durante la convulsión y regístrela en el cuadro de convulsiones. 11. Permanezca siempre con el estudiante o designe a otro adulto para que lo haga.
CUANDO TERMINA LA CONVULSIÓN: ● Vigile la respiración. ● Determine su nivel de conciencia. ● Compruebe si hay lesiones. ● Proporcione transporte y acompañe al estudiante a la oficina de salud. ● Notifique a los padres para el transporte inmediato a casa.	**LLAME AL 911 SI:** ● La respiración del estudiante se ve comprometida de alguna manera. ● La convulsión dura más de 5 minutos o según lo indiquen las órdenes del médico. ● La enfermera no está disponible.

Comentarios/Instrucciones especiales: _____

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Firma del proveedor de atención médica: _____ **Fecha:** _____

Teléfono del proveedor de atención médica: _____ **Sello:**_____ **Fecha:** _____

La firma de los padres/tutores autoriza la comunicación entre el médico del estudiante y el personal escolar, según sea necesario.

rev 10.2026

Padres/Tutores — Por favor completen el otro lado del formulario

DISTRITO ESCOLAR DE MAMARONECK

FORMULARIO PARA PADRES SOBRE INFORMACIÓN DE CONVULSIONES

Estimados Padres/Tutores,

Por favor complete la información a continuación y devuélvala a la oficina de salud lo antes posible. Si ocurre algún cambio durante el año escolar, por favor notifique a la enfermera escolar.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Historia general:

- ¿Qué edad tenía su hijo(a) cuando sufrió su primera convulsión? _____
- ¿Cómo supo que su hijo(a) estaba teniendo una convulsión? ¿Qué síntomas presentó? _____

  _____
- Fecha de la convulsión más reciente: _____ Fecha de la última visita al médico: _____
- ¿Con qué frecuencia tiene convulsiones su hijo(a)? _____
- ¿Experimenta un aura? Si sí, por favor explique. No: ___ Sí: _____
- ¿Sabe por qué su hijo(a) tiene convulsiones?

___ Epilepsia ___ Lesión o traumatismo en la cabeza ___ Infección ___ Tumor cerebral ___ Fiebre alta ___ Accidente cerebrovascular ___ Desconocido ___Otro: _____

- ¿Cómo sabe que su hijo(a) está teniendo una convulsión ahora? ¿Qué síntomas presenta? _____

  _____
- ¿Cuánto suelen durar las convulsiones? _____
- ¿Qué le sucede a su hijo(a) después de una convulsión? _____
- ¿El médico le ha dado un nombre al tipo de convulsión que tiene su hijo(a)? No: ___ Sí (Nombre): _____
- ¿Existe alguna restricción debido a su diagnóstico de convulsiones (es decir, conducir, nadar, andar en bicicleta)? Si sí, ¿cuáles son las restricciones? Ninguna: ___ Sí: _____
- Medicamentos que el niño(a) toma en casa para las convulsiones:

Nombre	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Efectos secundarios que experimenta su hijo(a) por los medicamentos: _____

- Después de una convulsión, alguna vez ha tenido que:

__ ¿Administrar Diastat/ Valtoco/Nayzilam ? __ ¿Llamar al 911 para que lo(a) transporten al hospital?

- Información/instrucciones adicionales: _____

Gracias por su ayuda para brindar la mejor atención a su estudiante.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Padres/Tutores — Por favor completen el otro lado del formulario