

PLAN INDIVIDUAL DE SALUD PARA CONVULSIONES

(Formulario para que lo llenen los Padres/Tutores legales)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
ESCUELA: _____ GRADO: _____ MAESTRO(A): _____ AÑO ESCOLAR: _____
PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____
DOCTOR: _____ TELÉFONO: _____
NEUROLÓGO: _____ TELÉFONO: _____

Por favor describa que ocurre usualmente durante y después de que su hijo(a) tenga una(s) convulsión(es):

¿Qué tan seguido su hijo(a) tiene convulsiones?

¿Cuánto tiempo duran usualmente?

¿Qué desencadena o causa la convulsión(es)?

¿Su hijo(a) ve un aura o tiene otro tipo de síntoma que le avise cuando tendrá una convulsión? Si No De ser así, por favor explique:

¿Estos pueden avisarle a alguien de que tendrá una convulsión? Si No

¿Su hijo(a) toma medicamento todos los días en su casa para mantener controladas las convulsiones? Si No

¿De ser así, cual es el nombre del medicamento?

Su hijo(a) tiene un medicamento recetado por el doctor para que se le dé en la escuela en casos de emergencia, como Diastat, y de ser así, ¿este medicamento está en la escuela? Si No

¿Su hijo(a) tiene un Estimulador del Nervio Vago (VNS)? Si No

En el caso de que no podamos comunicarnos con usted, por favor enliste el/los nombre(s) y el número(s) de teléfono de las personas que sepan sobre las convulsiones de su hijo(a) y sepan cómo manejar una convulsión. *Por favor incluya también a esta persona en la lista de personas que puedan recoger a su hijo(a) en caso de que su hijo tenga que ser recogido de la escuela a causa de sus convulsiones.*

Nombre: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____

¿Hay algo más que le gustaria que el personal de la escuela supiera sobre la condición médica de su hijo(a)?

POR FAVOR, SEPA QUE: Recomendamos a todos los niños con convulsiones que tengan un Plan de Acción en Caso de Emergencia llenado por un doctor. Por favor lea la parte posterior de este formulario para saber los pasos que el personal de la escuela puede realizar en el caso de una emergencia médica. Estos pasos se llevarán a cabo si su hijo(a) no tiene en la escuela un Plan de Acción en caso de Emergencia para esta condición médica.

- Doy mi autorización para que mi hijo(a), _____, reciba atención médica por el personal de la escuela para la condición médica mencionada acá arriba
- La enfermera de la escuela puede compartir información con el doctor de mi hijo(a) con respecto a esta condición médica mencionada anteriormente.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL: _____ FECHA: _____

FIRMA DE LA ENFERMERA DE LA ESCUELA: _____ FECHA: _____

PLAN INDIVIDUAL DE SALUD PARA CONVULSIONES

Emergencia médica: Convulsiones

NOMBRE DEL ESTDIANTE: _____

Aviso: Si el/la estudiante tiene también un Plan de Acción en Caso de Emergencia (EAP) para esta condición médica, por favor revise el EAP para saber las acciones que la escuela debería tomar en este caso. De lo contrario, siga los siguientes pasos:

Este estudiante tiene un EAP: Si No

Síntomas:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mirada fija con los ojos perdidos | <input type="checkbox"/> No responde a sonidos o palabras durante cortos periodos de tiempo. |
| <input type="checkbox"/> Movimientos espasmódicos de los brazos y las piernas | <input type="checkbox"/> Se ve confundido(a) o aturdido(a) |
| <input type="checkbox"/> Rigidez del cuerpo | <input type="checkbox"/> Asiente con la cabeza |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento | <input type="checkbox"/> Periodos de pestañeo rápido y mirada fija |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar o deja de respirar | <input type="checkbox"/> Labios azulados |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del control de la orina y los movimientos intestinales | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Caída repentina sin razón aparente | |

Intervenciones:

- Manténgase con el/la estudiante; el/la estudiante no debería moverse de su ubicación o ser dejado solo(a).
- Ayude al estudiante a ponerse en posición horizontal y póngalo(a) de lado tan pronto pueda (posición de recuperación.)
- Llame al 911. Avísele a la recepción para que dirijan a los paramédicos de EMS a la ubicación del estudiante.
- Remueva al resto de los estudiantes y los objetos alrededor. No restrinja los movimientos del estudiante y tampoco ponga algo en su boca. Sáquele los lentes si lleva puestos y suelte su ropa alrededor del cuello.
- Anote la hora en que la convulsión comenzó y paró, si es que puede, y las observaciones de las características de la convulsión.
- Llame o use la radio para buscar ayuda si es necesario. El miembro del personal designado para ser el primero en intervenir debería asistir a la ubicación del estudiante y traer consigo cualquier equipo de emergencia que se necesite.
- Avíseles a los padres/tutores legales, o asigne a otro miembro del personal para que les avise:

Nombre del Padre/madre/tutor legal: _____ Teléfono: _____

Nombre de la persona de contacto: _____ Teléfono: _____

7. Avísele a la enfermera de la escuela en caso de que se encuentre en el edificio. Si la enfermera no está presente, avísele cuando vuelva o a través de otro medio de comunicación.

Información adicional:
