



PLAN DE ACCIÓN PARA CONVULSIONES

Nombre del estudiante: _____	Fecha de nacimiento: _____	Grade: _____
Escuela: _____	Tel #: _____	Fax #: _____

Médico que completa la forma:
INFORMACIÓN DE CONVULSIÓN:

Tipo de convulsión	Duración	Frecuencia	Descripción

Detonantes o señales de aviso de la convulsión: _____
 Respuesta del estudiante después de la convulsión: _____

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS CUIDADO Y COMODIDAD

¿Tuvo que salir del salón el estudiante después de la convulsión? Sí No
 Si SÍ, describa el proceso para regresar al estudiante a clase _____

RESPUESTA A EMERGENCIAS:

Una "emergencia de convulsión" para este estudiante se define como: _____

Protocolo de emergencia de convulsión: *(Marque todo lo que corresponda y aclare)*

- Llamar al 911 para transportar a _____
- Notificar a los padres o al contacto de emergencia
- Notificar al doctor
- Administrar medicamentos a de emergencia como se indica abajo
- Otro _____

Primeros auxilios básicos

- ✓ Mantenga la calma y tome el tiempo
- ✓ Mantenga al estudiante a salvo
- ✓ No lo sujete
- ✓ No ponga nada en su boca
- ✓ Quédese con el estudiante hasta que esté plenamente la consciente
- ✓ Registre la convulsión en la bitácora

Para una convulsión tónico-clónica (*grand mal*):

- ✓ Proteja la cabeza
- ✓ Mantenga abiertas las vías respiratorias/observe la respiración
- ✓ Voltee al estudiante de lado

Una convulsión se considera generalmente una emergencia cuando:

- ✓ Una crisis convulsiva (tónico-clónica) dura más de 5 minutos
- ✓ El estudiante tiene repetidas convulsiones sin recobrar la consciencia
- ✓ El estudiante tiene una convulsión por primera vez
- ✓ El estudiante se lastima o tiene diabetes
- ✓ El estudiante tiene dificultad para respirar
- ✓ El estudiante tiene una convulsión en el agua

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DURANTE EL HORARIO ESCOLAR:

Medicamento	Vía	Dosis	Frecuencia

¿Tiene el estudiante un **Estimulante del Nervio Vago (VNS por sus siglas en inglés)**? SÍ* NO **Si SÍ, por favor complete la autorización SPHCS del médico.*

Consideraciones especiales y precauciones de seguridad: _____

Nombre del médico (letra de imprenta): _____	Firma: _____	Fecha: _____
Número de licencia: _____	NPI #: _____	Teléfono del consultorio #: _____
		Fax del consultorio #: _____

Autorizo a la enfermera de la escuela, o a otro personal escolar apropiadamente asignado a administrar el medicamento/aplicar el procedimiento, como lo prescribe aquí el proveedor de salud autorizado. Yo notificaré a la escuela de inmediato y presentaré una nueva forma si hay algún cambio en el medicamento, el procedimiento o el médico que prescribe. Comprendo que el personal de salud de la escuela está obligado por ley a aclarar asuntos asociados con ésta orden con el proveedor que prescribe conforme sea necesario.

Firma de padres o tutores: _____ **Fecha:** _____

Firma de la enfermera: _____ **Fecha:** _____