**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

**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

# *PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS PARA CONVULSIÓN*

* *Mantenga al estudiante a salvo*
* *Explique a los demás*
* *No lo sujete*
* *No ponga nada en su boca*
* *Quédese con el estudiante hasta que esté plenamente la consciente*

*Para una convulsión tónico-clónica*

* *Voltee al estudiante de lado*

*Ponga un cojín para sostener la cabeza*

# ¿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

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

[ ]  Notificar a los padres o al contacto de emergencia

[ ]  Notificar al doctor

[ ]  Administrar medicamentos a de emergencia como se indica abajo

[ ]  Otro

**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:** |       |  |
|  |  |  |  |  |