**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:** |  |  |
|  |  |  |  |  |