

Plan de Emergencia Para Convulsiones

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado _____

Padre/Guardián: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Un trastorno convulsivo, también conocido como epilepsia, es un trastorno del sistema nervioso central caracterizado por una tendencia a convulsiones recurrentes. Las convulsiones se deben a ráfagas repentinas y temporales de actividad eléctrica en el cerebro. Estas ráfagas eléctricas pueden causar cambios involuntarios en el movimiento o la función del cuerpo, la sensación, el comportamiento o la conciencia. Se caracteriza por una tendencia a las convulsiones recurrentes. Las convulsiones se deben a ráfagas repentinas y temporales de actividad eléctrica en el cerebro. Estas ráfagas eléctricas pueden causar cambios involuntarios en el movimiento o la función del cuerpo, la sensación, el comportamiento o la conciencia.

Proporcionar primeros auxilios si el estudiante tiene una convulsión:

- MANTENER la calma: comenzar a cronometrar la convulsión
- Manténgase SEGURO: retire los objetos dañinos, no sujete, quítele la ropa restrictiva y proteja la cabeza
- DE LADO: coloque al estudiante de costado si no está despierto, mantenga las vías respiratorias despejadas y no se meta objetos en la boca.
- QUEDARSE hasta que el estudiante se haya recuperado de la convulsión
- Administre el medicamento según lo indicado si está indicado. Local del medicamento: _____
- LLAME AL 911 SI SE LE DA MEDICAMENTO. Notificar a los padres/guardianes.

Para ser completado por el padre/guardián:

Proporcione cualquier información adicional sobre la actividad convulsiva de su hijo (auras, factores desencadenantes, características, etc.):

Para ser completado por el proveedor de atención médica:

Tipo de convulsión

Lo que se puede observar durante la convulsión

Orden de medicamentos de emergencia:

Si la convulsión (grupo, # o duración) _____ proporcione (nombre de Med/Rx) _____

Cuánto dar (dosis) _____

Como dar _____

Incluya cualquier información/intervención adicional relacionada con las convulsiones para garantizar que se satisfagan las necesidades del estudiante durante el día escolar:

Esta orden permanece vigente solo durante el año académico actual y debe renovarse cada año escolar. La administración de este medicamento/tratamiento al estudiante durante el día escolar es necesaria para mantener y apoyar la presencia continua del estudiante en la escuela.

Firma del proveedor de atención médica

Fecha

Número de teléfono/Sello de la oficina

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Escuelas: _____
Salón/Grado _____

PERMISO DE LOS PADRES

Por la presente doy mi permiso para que mi hijo(a) _____ reciba medicamentos/tratamiento durante el horario escolar. Este medicamento/tratamiento ha sido ordenado y recetado por un médico con licencia. Por la presente doy permiso para que la enfermera de la escuela se comunice con el médico que receta sobre el medicamento/tratamiento recetado. Por la presente libero a la Junta Escolar y sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pueda resultar de que mi hijo tome el medicamento/tratamiento recetado. Este consentimiento es válido por un año y puede ser revocado en cualquier momento.

Yo proporcionaré todos los medicamentos para uso en la escuela en un recipiente debidamente etiquetado por un farmacéutico con información de identificación (nombre del niño, medicamento dispensado, dosis prescrita, hora/frecuencia en que debe administrarse o tomarse, la vía de administración, el número de dosis en el envase y la fecha de caducidad del medicamento). Todos los medicamentos de venta libre incluirán la orden de administración (primera parte de este formulario de autorización firmada por el médico) con los datos identificativos (nombre del niño, medicamento dispensado, dosis prescrita según etiqueta y horario que debe ser administrado) con el medicamento en el envase original.

Reemplazaré este medicamento cuando expire. Retiraré este medicamento de la escuela el último día de clases. Entiendo que los medicamentos que no sean recogidos serán destruidos después del último día de clases.

Firma del Padre o Guardián: _____

Números telefónicos): _____

Número de contacto de emergencia en caso de que no pueda ser localizado: _____