



**CONVULSIONES: PLAN DE EVALUACIÓN Y ACCIÓN**

Año Escolar: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PADRE/ ENCARGADO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO De TRABAJO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PADRE/ENCARGADO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

En caso de no poder localizarle:

TEL. CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_

(Además del padre)

Nombre

Relación

Teléfono

-----  
¿A qué edad tuvo su hijo/a la primera convulsión? \_\_\_\_\_

¿Fecha de la última convulsión? \_\_\_\_\_

¿Describa el tipo de convulsión? \_\_\_\_\_

¿Está su hijo/a tomando medicina para las convulsiones actualmente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Si, sí, que tipo de medicina está tomando en casa?

Nombre

Dosis

Hora

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

¿Si no, alguna vez ha tomado medicina para las convulsiones? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Medicina Anterior

Nombre

Dosis

Edad

Cuanto Tiempo

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Liste restricciones físicas o limitaciones que su hijo/a pueda tener debido a las convulsiones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PLAN DE EMERGENCIA PARA CONVULSIONES**    Nombre \_\_\_\_\_

**Favor de marcar todo lo que aplique para un plan de emergencia paso a paso en el caso de que su hijo/a tenga una convulsión en la escuela:**

**Acción para el personal No de la Enfermería**

- \_\_\_\_\_ Llamar a la enfermería (si no contestan a la Oficina Principal) reporte el lugar y notifique que el estudiante está teniendo una convulsión.
- \_\_\_\_\_ Anote la hora en que comenzó la convulsión. Monitoree y anote la actividad y tiempo de la convulsión.
- \_\_\_\_\_ Evite que el estudiante se lastime durante la convulsión.
- \_\_\_\_\_ Ayude a bajar al estudiante al piso y ponga algo suave bajo su cabeza.
- \_\_\_\_\_ No introduzca nada dentro de la boca del estudiante.
- \_\_\_\_\_ Permanezca con el estudiante hasta que la enfermera o asistente llegue. Si hay otros estudiantes en el salón, hágalos esperar en el corredor.

**Acción para el Personal de la Enfermería**

- \_\_\_\_\_ Administrará medicina como la prescrita por el médico.

Liste las medicinas \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ Evaluará al estudiante y llamará a los paramédicos si hay dificultad al respirar o la convulsión dura más de cinco minutos.

- \_\_\_\_\_ Iniciará reanimación pulmonar cardio si es necesario.

**Otro (sea específico)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Cuándo fue la última visita al médico?** \_\_\_\_\_

**Diagnosís del Niño** \_\_\_\_\_

**Tipo de convulsión** \_\_\_\_\_

**Nombre del médico que trata a su hijo/a para las convulsiones:** \_\_\_\_\_

dirección	teléfono	fax
Firma del Médico		Fecha

**Comentario del médico:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Puede la enfermera contactar al médico en caso de tener preguntas o inquietudes al hacer el plan de emergencia para su hijo/a?** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del Padre/Encargado \_\_\_\_\_ Fecha

**Recibido/revisado por:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
Enfermera Escolar