

PLAN DE ACCIÓN PARA CRISIS EPILÉPTICAS

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Relación/parentesco: _____

Información Acerca de las Crisis Epilépticas

| Tipo de Crisis | Cuánto Dura | Con qué Frecuencia | Qué Sucede Durante la Crisis |
|----------------|-------------|--------------------|------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Cómo responder a una crisis epiléptica (marque todas las opciones que apliquen)

- Primeros Auxilios – **Permanezca. A Salvo. De Lado.**
- Dar el medicamento de rescate, de acuerdo con el plan de acción
- Notificar a la persona en caso de emergencia
- Notificar a la persona en caso de emergencia a: _____
- Llamar al 911 para transporte a: _____
- Otras Notas: _____



Primeros Auxilios para Cualquier Crisis Epiléptica

- PERMANEZCA** calmado, empiece a **tomar el tiempo de la crisis epiléptica**
- Manténgame **A SALVO** – aleje objetos peligrosos, no me sujete, proteja mi cabeza
- Acuésteme **DE LADO** si no estoy despierto(a) o consciente, no obstruya vías respiratorias, ni ponga cosas en la boca
- PERMANEZCA** hasta que me recupere de la crisis
- Deslice el imán del aparato para la estimulación del nervio vago (VNS)
- Anote que pasa _____
- Otras notas _____

Cuándo llamar al 911

- Crisis epilépticas con pérdida del conocimiento de más de 5 minutos, si la persona no responde al medicamento de rescate (siempre y cuando esté disponible)
- Crisis epilépticas que se repiten y duran más de 10 minutos, sin recuperación entre crisis, si la persona no responde al medicamento de rescate (siempre y cuando esté disponible)
- Problemas de respiración después de la crisis epiléptica
- Si ocurren (o sospecha que puede haber) lesiones graves, crisis epilépticas bajo el agua

Cuándo llamar primero a su médico

- Cambios en el tipo, cantidad o forma de las crisis
- La persona no regresa a su comportamiento normal (por ejemplo, está confundida por largo tiempo)
- Primera vez que tiene una crisis epiléptica que acaba sola
- Otros problemas de salud o embarazo que necesiten revisión



Quando un medicamento de rescate sea necesario:

CUÁNDO Y QUÉ HACER

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Cuidados después de una crisis epiléptica

Qué tipo de cuidados necesita (incluya detalles) _____

Cuándo puede la persona regresar a sus actividades de rutina _____

Instrucciones Especiales

Personal de Primeros Auxilios: _____

Departamento de Emergencia: _____

Medicamentos Para las Crisis Diarias

| Nombre del Medicamento | Cantidad Diaria | Cantidad del Líquido/Tableta | Cómo Toma el Medicamento (cantidad y hora de cada dosis) |
|------------------------|-----------------|------------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Otra Información

Qué cosas provocan sus crisis epilépticas: _____

Importante historial médico: _____

Alergias: _____

Cirugías para controlar su epilepsia (tipo, fecha, efectos secundarios): _____

Aparatos: Estimulación del nervio vago (VNS) Neuroestimulación Sensible (RNS)
 Estimulación Cerebral Profunda (DBS) Fecha del implante _____

Terapia Dietética: Dieta Cetogénica Dieta de Bajo Índice Glucémico Dieta Atkins (baja en carbohidratos)
 Otra (más detalles) _____

Instrucciones Especiales: _____

Contactos de Cuidados Médicos

Doctor para la epilepsia: _____ Teléfono: _____

Médico de salud general: _____ Teléfono: _____

Hospital de preferencia: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Mi firma: _____ Fecha _____

Firma de mi médico: _____ Fecha _____

Envíe los formularios completados a: (correo electrónico) mhsnurse@d120.org O (fax) 847-388-4803