



EVALUACIÓN Y PLAN DE CUIDADO PARA CONVULSIONES

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, qué 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	Dosis	Edad	Cuanto Tiempo
Nombre			
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

- Administra 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