

PLAN DE ACCIÓN PARA CONVULSIONES
SEIZURE ACTION PLAN

ESTUDIANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ ESCUELA _____

GRADO/MAESTRO(A) _____ AÑO DE ESCOLAR _____

PADRE/GUARDIÁN _____

TELÉFONO DE CASA _____ TELÉFONO DE TRABAJO _____ CELLULAR _____

MÉDICO _____ TELÉFONO _____

1. ¿Qué tipo de convulsión tiene su hijo/a y con que frecuencia ocurre? Tipo _____
Fecha de la última convulsión _____ Duración: _____
Frecuencia de la convulsión _____

2. ¿Qué provoca su convulsión?
Brevemente describa lo que pasa durante y después de la convulsión de su niño(a):

3. ¿Siente su hijo(a) una señal o aviso de que tendrá una convulsión? ¿Puede él/ella avisar a alguien de que tendrá una convulsión?

4. Por favor anote las medicinas que su hijo(a) toma. ¿Con qué frecuencia y qué cantidad?

En casa _____

En la escuela _____

5. Por favor incluya los efectos secundarios que su hijo(a) experimenta por estas medicinas:

6. ¿Su hijo(a) tiene alguna limitación para actividades físicas? ¿Hay alguna actividad que NO PUEDA participar por esta condición?

7. ¿Qué pasos quiere que el personal escolar tome si a su hijo(a) le llegara a dar una convulsión?

POR FAVOR, RECUERDE: Si su hijo(a) necesita medicinas mientras está en la escuela, **usted y el médico** de su hijo(a) deben completar **cada año un formulario de autorización de medicamentos**. Le puede pedir este formulario a la secretaria de la escuela.

POR FAVOR COMPLETE EL REVERSO DE ESTA PÁGINA

SEIZURES
EMERGENCY MEDICAL PLAN
(For School Staff Use)

NOMBRE DE EL/LA ESTUDIANTE _____

CONVULSIONES
PLAN DE EMERGENCIA MÉDICO
(Para uso del personal escolar)

SINTOMAS: **CRISIS DE AUSENCIA (EL PETIT MAL):** breve pérdida de la conciencia, mínima o ninguna alteración en los a la firmeza de los músculos, usualmente capaz de mantener control en la postura, frecuentemente tiene menores movimientos o espasmos, a menudo confundidos como falta de atención.

CRISIS GENERALIZADA TÓNICO-CLÓNICA (EL GRAN MAL): pérdida de la conciencia, el estudiante se cae al piso o el suelo, se le puede parar la respiración por un momento, los brazos y las piernas se ponen rígidas o tíasas y se mueven al mismo tiempo que la cara, hay movimientos bruscos y puede la persona no tener control de la orina y los excrementos (popó), puede durar unos cuantos minutos, y puede que quiera dormirse después.

INTERVENCIÓN:

1. Quédese con el estudiante durante y después del ataque. Anote la duración del ataque y el tipo de movimiento corporal durante el ataque. Pídale a otro adulto que anote el tiempo que dura el ataque y escriba lo que pase con el/la estudiante y mantenga un record o anotaciones de las convulsiones.
2. Ayude al estudiante a mantener una posición horizontal si este/esta pierde el conocimiento. Quítele los lentes, aflójele la ropa alrededor del cuello.
3. Voltee al estudiante hacia un lado tan pronto sea posible.
4. Despeje el área alrededor del estudiante, incluyendo a las personas curiosas o realmente preocupadas por el/la estudiante.
5. **NO TRATE DE CONTROLAR LOS MOVIMIENTOS NI LE PONGA NADA EN LA BOCA**
6. **Observe la respiración.** Comience a darle respiración artificial o Resucitación Cardiopulmonar (CPR) si no está respirando por su cuenta.
7. Si el ataque de epilepsia dura más que 5 minutos o si continúan las convulsiones una tras otra sin que se despierte la persona, llame al 911 y llévelo al Hospital: _____
8. Cuando ya le haya pasado la convulsión al estudiante, deje que él/ella descanse y **siempre informe a los padres.** Cuando la convulsión haya pasado, permítale al estudiante descansar y siempre informe a sus padres.
9. Infórmele a la enfermera de la escuela, si se encuentra en el edificio.
10. Instrucciones adicionales:

Fecha de la última convulsión: _____ Duración de la convulsión: _____

FIRMA DE PADRE / MADRE O RESPONSABLE CON CUSTODIA

FECHA: _____