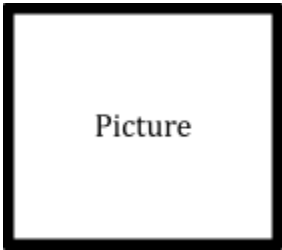




**Distrito escolar conjunto de Neenah**  
**410 S Commercial St.**  
**Neenah, WI 54956**



Manejo de convulsiones y plan de emergencia

Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Maestro/a \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Padre/Guardian \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Tel. del hogar \_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia:**

Nombre \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tomará medicamento para las convulsiones en la escuela?  SÍ  NO

**Información de convulsiones**

Tipo de convulsión	Duración	Frecuencia	Descripción

Causas de las convulsiones o señales de advertencia:

Comportamiento del niño/a después de una convulsión:

**Primeros auxilios básicos: Cuidado y comodidad**

Por favor explique los primeros auxilios:

<p><b><u>Primeros auxilios básicos de convulsiones</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manténgase calmado y haga seguimiento del tiempo</li> <li>• Mantener al niño/a seguro</li> <li>• No restrinja</li> <li>• No ponga nada en su boca</li> <li>• Quedese con el niño/a hasta que este completamente consciente</li> <li>• Registrar la convulsión en el registro</li> </ul> <p><b><u>Para convulsión tónica-clónica:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proteja la cabeza</li> <li>• Mantenga las vías respiratorias abiertas/velar la respiración</li> <li>• Vire al niño/a de lado</li> </ul>	<p><b><u>Una convulsión generalmente se considera una emergencia cuando:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El estudiante tiene convulsiones repetidas sin recuperar el conocimiento</li> <li>• Convulsiones convulsivas(tónica-clónica)</li> <li>• Duran más de 5 minutos</li> <li>• El estudiante se lastima o tiene diabetes</li> <li>• El estudiante tiene una convulsión por primera vez</li> <li>• El estudiante tiene dificultades respirando</li> <li>• El estudiante tiene una convulsión en el agua</li> </ul>
---	--

**Respuesta de emergencia**

(marque todos los que apliquen)

- Llame al 911
  - Administre los medicamentos de emergencia según nombrados en el plan
  - Notifique a los padres
- Otro \_\_\_\_\_

**Protocolo de tratamiento durante horas escolares(incluye medicamentos de emergencia)**

√ si es medicamento de emergencia	Medicamento	Dosis	Hora	Instrucciones especiales	Fecha de expiración

\*Todos los medicamentos recetados deben de estar en una caja/botella debidamente etiquetada.

¿El estudiante tiene un estimulador del nervio vago (VNS)?  Sí  No

Si es así, por favor explique el uso del imán. \_\_\_\_\_

Por favor, nombre otras acomodaciones, consideraciones, o precauciones que necesiten hacerse.

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

**Consentimiento de los padres para manejar una condición de salud mientras en la escuela u otras actividades relacionadas con la escuela**

Yo, el padre/la madre/guardián del estudiante mencionado arriba, pido que este plan de acción sea usado para guiar el cuidado de mi hijo/a en caso de una emergencia de atención médica. Yo estoy de acuerdo a:

- Proveer los materiales y equipo necesario.
- Notificar al personal de la escuela o a la enfermera del distrito de cualquier cambio en el estado de salud del estudiante.
- Notificar al personal de la escuela y completar nuevos consentimientos para cambios en las órdenes del proveedor de salud del estudiante.
- Autorizar a la enfermera de la escuela para comunicarse con el médico de cabecera o especialista de mi hijo/a acerca de la condición de salud de mi hijo/a según sea necesario.
- Personal de la escuela directamente interactuando con mi hijo/a puede ser informado sobre su plan de cuidado de salud.
- Someter nuevos formularios anualmente si la condición de salud todavía existe o informar a la escuela que la condición ya no existe.

Firma del Padre/Madre/Guardián \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Información del médico**

Imprima el nombre del proveedor \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de fax \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Firma del proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_