



Cuestionario y Plan de Convulsiones

★ Fecha: _____

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Valido para el Año Escolar: _____

Por favor complete este formulario para las necesidades de convulsiones de su hijo/a para que el personal pueda planificar eficazmente su cuidado mientras está en la escuela. **Por favor tenga en cuenta que si su hijo/a participa en actividades antes y después del día escolar, incluyendo: cuidado después de la escuela, excursiones/actividades extracurriculares, atletismo o campamentos, es fundamental que USTED informe a los adultos supervisores sobre las necesidades médicas de este estudiante. Esto es necesario porque la escuela puede no estar al tanto de todas las actividades en las que el estudiante está participando después del día/año escolar normal.**

Las convulsiones están siendo tratadas actualmente por el Dr. _____ Telefono #: _____

Firme para dar su consentimiento para el intercambio de información médica con el médico mencionado anteriormente y la escuela.

Firma: _____ Relacion: _____

Cuando el estudiante fue diagnosticado con convulsiones o epilepsia? _____ Ultima convulsion: _____

<i>Tipo de convulsion(es)</i>	<i>Duracion</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Descripcion</i>

¿Ha sido necesaria la hospitalización en el pasado por convulsiones continuas? No Si (Cuando _____)

Que podría desatar una convulsion para este estudiante? _____

¿Hay avisos y/o cambios de comportamiento antes de que ocurra una convulsión? No Yes
(explique) _____

¿Cómo reacciona su estudiante después de una convulsion? _____

¿Su estudiante tiene un Estimulador del Nervio Vagus? No Si (indique el tipo de modelo y las instrucciones de uso)

Haga una lista de los medicamentos para convulsion actuales:

MEDICAMENTO	DOSIS	CON QUÉ FRECUENCIA Y PARA QUÉ SINTOMA?
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Este estudiante conoce las señales y síntomas de una convulsión que se aproxima y sabe decirle a un adulto. Ellos/as por lo general dicen que sienten: _____

Este estudiante lleva consigo su medicamento de emergencia.

Este estudiante dejará su medicamento de emergencia en la clínica médica de la escuela.

Si los medicamentos se deben administrar durante el horario escolar, se debe completar un formulario de Autorización de Medicamentos HRS-29 cada año escolar. Debe ser completado y firmado por usted y su médico. Los medicamentos utilizados en la escuela deben estar en su envase original. Cuando se surta una receta, solicite al farmacéutico dos envases; uno para la escuela y otro para uso en casa. Si su estudiante participa en excursiones y necesita medicamentos durante ese tiempo, también es necesario un envase por separado con la prescripción actual para ese día. Su farmacia le proporcionará un envase RX para viaje.

Plan de Convulsiones

Estudiante: _____ fecha de Nacimiento: _____ Valido para el año escolar: _____

Primeros Auxilios basicos para convulsiones:

- Mantenga la calma y fijese la hora que comenzo la convulsion.
- Mantenga al estudiante a salvo de auto-lesiones.
 - Proteja de tropezar con un objeto si es una convulsion parcial.
 - Proteja la cabeza si es una convulsion tonico-clonica/gran mal.
 - No restringir/retener.
 - No poner nada en la boca.
 - Permanezca con el estudiante hasta que este completamente consciente.
- Tranquiline y reoriente al acercarse. Notifique a sus guardianes.
- Otro: _____

Cuando llamar al 911:

- El/la estudiante tiene dificultades para respirar.
- Si la convulsion dura mas de 5 minutos. Dar Diastat si esta disponible mientras espera el EMS. Envie con el EMS la jeringa con el medicamento usado.
- El/la estudiante tiene convulsions repetidas sin recuperar la consciencia.
- El/la estudiante tiene una convulsion por primera vez.
- E/lal estudiante esta lesionado o es diabetico.
- Otro: _____