

Distrito Escolar Independiente de McKinney
Servicios Escolares de la Salud
Plan para el manejo y tratamiento de convulsiones

Foto
(opcional)

Esta información es válida durante el año escolar _____ solamente.

El personal del equipo del cuidado de la salud del estudiante y el padre/tutor legal deben completar este plan. El plan será revisado por el personal escolar relevante y se mantendrán copias en la clínica.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Grado: _____ # de Ident. _____ Maestra/o del Salón Hogar: _____
¿Cómo se traslada su niño/a hasta y desde la escuela? Coche Camina Autobús # Otro

Información de contacto

Padre/Tutor Legal: _____
Domicilio: _____
Teléfono: Hogar _____ Trabajo _____ Móvil _____
Teléfono: Hogar _____ Trabajo _____ Móvil _____

Médico/Proveedor de servicios de salud del estudiante:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Número de emergencia: _____

Otros contactos de emergencia:

Nombre: _____
Relación: _____
Teléfono: Hogar _____ Trabajo _____ Móvil _____

Indicaciones y síntomas de convulsiones

Fecha de la diagnosis de convulsiones: _____

¿Qué tipo de convulsión(es) tiene su niño/a? _____ ¿Con qué frecuencia ocurren las convulsiones? _____

¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde la última convulsión? _____

¿Experimenta

Plan para el manejo de convulsiones

Plan para el manejo de convulsiones (continuación)

4. Piel o labios pálidos o azulados de un modo anormal y continuado o respiración ruidosa después de haber cesado la convulsión.

CUANDO HAYA TERMINADO LA CONVULSION:

- 1. Reoriente y tranquilice al estudiante.
 - a. Ayúdele a cambiarse de ropa, de ser necesario.
 - b. Permita que el estudiante duerma, si lo desea, después de la convulsión.
 - c. Permita que el estudiante coma, si lo desea, una vez esté totalmente alerta y orientado/a.
- 2. Un/a estudiante que se está recuperando de una convulsión generalizada puede manifestar conducta anormal, tal como hablar incoherentemente, impaciencia extrema y confusión. Esto puede durar desde cinco minutos hasta horas.
- 3. Infórmele inmediatamente al padre sobre la convulsión telefónicamente si:
 - a. La convulsión es diferente a otras del tipo o frecuencia usual o no ha ocurrido en la escuela durante el pasado mes.
 - b. La convulsión llena los requisitos para la llamada de emergencia al 911.
 - c. -60 minutos.

4. Anote la convulsión en el Expediente de Actividad de Convulsiones.

Contactos de emergencia:

La Enfermera/Coordinadora de los Servicios de Salud hará los arreglos para el cuidado del estudiante que sufre de convulsiones si la enfermera escolar está ausente.

Notifique a los padres/tutores legales o contacto de emergencia en las siguientes situaciones:

Declaración del médico

____ Yo he revisado este plan para el cuidado especializado y
____ Lo apruebo según está redactado

____ Lo apruebo con las siguientes modificaciones: _____

Nombre del médico en letra de molde	Firma del médico	Fecha
# de Teléfono _____	Número del Fax: _____	

Yo comprendo que si en algún momento un adulto que esté supervisando a mi hijo/a crea que la vida de él/ella está en peligro los Servicios de Emergencia Médica (911) serán activados, y yo estoy de acuerdo que mi seguro médico o yo asumiremos la responsabilidad por todos los gastos que se incurran como resultado. Yo pido que esta medicación será dada por un/una empleado/a de la escuela. Yo comprendo que el Buró de la Administración del Distrito Escolar y los/as empleados/as del distrito no se hacen responsables de los daños o lesiones resultantes de la administración resinistración resinistrinisresiniNle(u)4(e)19()-5(e)4(s)7(t)-51/Lang (es-ES)BDC BT/22 Tresa.

Plan para el manejo de convulsiones (*continuación*)

Hoja de información de las condiciones de salud

(Para uso general del personal, copiar y distribuir según sea necesario)

Nombre del la estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
Condición _____ Grado _____
Nombre del médico _____ # de teléfono _____
Nombres de los padres _____ # de teléfono _____
Dirección _____ Teléfono del trabajo _____
Empleador _____