Gestión de Convulsiones y Plan de Tratamiento

**Nombre del Estudiante**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Número de Identificación (ID) del Estudiante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diagnóstico/Historia Médica** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Convulsiones** | **Duración**  | **Frecuencia**  | **Descripción**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Desencadenantes de las convulsiones: |
| Señales de advertencia de convulsiones: |
| La respuesta del estudiante después de una convulsión: |
| Capacidad de autocuidado y comprensión de las convulsiones:  |
| **Primeros Auxilios para Convulsiones Básicas: Cuidado y Comodidad** | **Respuesta de Emergencia Crandall ISD llamará al 911 para:** |
| Se proporcionarán los primeros auxilios en caso de convulsiones básicas y los padres serán contactados. Indique cualquier cuidado especial para este estudiante:  | Convulsión convulsiva que dura más de 5 minutos o primera convulsión.Convulsiones repetidas sin recuperar la concienciaHerido(a); tiene dificultades para respirarEmbarazada; tiene diabetes; fiebre alta; convulsiones en el agua **Después de que se haya administrado la medicación para las convulsiones de emergencia \***  |
| **Si se produce una convulsión mientras un estudiante es transportado en el autobús escolar, en una excursión o fuera del campus, se llamará al 911 y se proporcionarán los primeros auxilios básicos para convulsiones.** |
| **Tratamiento, emergencia y medicamentos diarios necesarios durante el horario escolar** Incluya instrucciones sobre la duración de la convulsión (minutos) o el número de convulsiones por un período de tiempo. El administrador de la escuela puede asignar y la enfermera de la escuela entrenar a un empleado de la escuela sin licencia para administrar el gel rectal de diazepam o Nayzilam®. **IN midazolam sólo será administrado por la enfermera del campus.**  |
| **Medicamento**  | **Dosis/Ruta** | **Frecuencia e Instrucciones** |
| Diazepam gel rectal |  |  |
| IN midazolam  |  |  |
| Nayzilam®  |  |  |
| Estimulador del Nervio Vago | imán |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Consideraciones Especiales y Precauciones** (actividades escolares, deportes, excursiones, etc.). **\***Por favor, explique en detalle cualquier otro asunto especial o explique las circunstancias en las que no es necesario llamar al 911.   |

*Solicito y autorizo los medicamentos y tratamientos mencionados arriba. He determinado que el medicamento no indicado en la etiqueta es necesario en la escuela y además afirmo que se ha determinado clínicamente que este medicamento es seguro y efectivo basado en las necesidades de salud de este estudiante.*

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

**(Firma del Médico) (Nombre Impreso) (Fecha) (Teléfono)**

*Solicito y autorizo a Crandall ISD a administrar el medicamento y el tratamiento arriba mencionados. Reconozco que entiendo los Procedimientos de Medicación del Manual del Estudiante y entiendo que el personal entrenado y asignado puede proporcionar atención. Autorizo a la enfermera con licencia de la escuela y al proveedor de atención médica que receta para que confidencialmente discuta o aclare esta orden de medicación, y para que discuta la respuesta del estudiante al medicamento como lo requiere la ley (Ley de Práctica de Enfermería y Práctica Médica de Texas).*

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

**(Firma del Padre/Tutor) (Nombre Impreso) (Fecha) (Teléfono)**

Política FFAC(LEGAL/LOCAL); FFAF(LEGAL)

Servicios de Salud 8/2020 Adaptado de la Fundación para la Epilepsia *Plan de Acción para Convulsiones*