

Formulario de Plan de Manejo y Tratamiento de Convulsiones



Este formulario ha sido diseñado para ayudar a crear un plan para el manejo de convulsiones de un estudiante. Este formulario debe de ser completado por el padre o guardián del estudiante conjunto con el médico que está proveyendo el tratamiento. Una vez completado debe de ser compartido con la enfermera de la escuela o el personal apropiado.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Padre o Guardián: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia/relación: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información Acerca de las Convulsiones

Tipo de convulsión	Duración (Cuánto tiempo transcurre)	Frecuencia (Cuántas veces ocurre)	Qué sucede durante la convulsión

Causas o Señales Conocidas de las Convulsiones

- Falta de medicina
 - Estrés emocional
 - Falta de sueño
 - Estrés físico
 - Luces intermitentes
 - Falta de comida
 - Alcohol/Drogas
 - Enfermedades con fiebre alta
 - Ciclo menstrual
 - Otro: _____
 - Reacción a una comida en específico o exceso de cafeína.
- Especifiqué: _____

VNS/Dispositivos

Dispositivos: VNS RNS DBS

Fecha de implantación: _____

Uso de imanes/Instrucciones: _____

Proveer primeros auxilios básicos durante una convulsión

- **Mantenga** la calma, manténgase calmado y tome el tiempo que dure la convulsión
- Mantenga al estudiante **Seguro:** retire del alrededor objetos peligrosos, no trate de sujetarle y proteja la cabeza
- Voltee al estudiante hacia un **lado**, esto le ayudara a respirar, no ponga objetos en la boca
- **Permanezca** con el estudiante hasta que se haya recuperado
- **Intercambie** los imanes por VNS
- Escriba lo que sucedió durante la convulsión
- Otro: _____

Cuando llamar al 911 - Una convulsión de emergencia

- Una convulsión que causa pérdida de la consciencia por más de 5 minutos y que no responde al medicamento de emergencia disponible
- Convulsiones repetidas que duran más de 10 minutos, sin mejoramiento entre estas y el estudiante no responde al medicamento de emergencia
- Dificultad con la respiración después de la convulsión
- Incurrió en una lesión seria o se sospecha de una; una convulsión en el agua

Cuando llamar primero al doctor del estudiante

- Hay un cambio en el tipo de convulsión, números o patrón
- El estudiante no regresa a un comportamiento usual (es decir, confundido por un largo periodo)
- Es la primera vez que tiene una convulsión que termina sola
- Otros problemas médicos o un embarazo que requieren ser revisado

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Protocolo de convulsiones de emergencia que el personal del distrito debe de seguir

- Administrar medicamentos de emergencia
- Contactar la enfermera de la escuela: _____
- Llamar al 911; transportado a _____
- Notificar al padre o guardián, el contacto de emergencia o al doctor
- Otro: _____

Cuándo y Qué Hacer Cuando se Necesita Una Terapia de Rescate

Si la convulsión (grupo, número o duración): _____

Nombre del medicamento/Rx: _____

Cuánto se le debe dar (dosis): _____

Cómo se le debe dar: _____

Si la convulsión (grupo, número o duración): _____

Nombre del medicamento/Rx: _____

Cuánto se le debe dar (dosis): _____

Cómo se le debe dar: _____

Respuesta y cuidado del estudiante después de una convulsión

¿Qué tipo de ayuda es necesario? _____

¿Cuándo el estudiante puede regresar a las actividades como es usual? _____

¿Es necesario que el estudiante abandone el salón de clases? Si No

Si la respuesta es Si, ¿cuándo puede el estudiante regresar al salón de clases? _____

¿Puede el estudiante manejar y comprender sus convulsiones? Si No

Instrucciones Especiales

Personal de emergencia: _____

Departamento de emergencia: _____

Medicamento Diario Para el Control de Convulsiones

Nombre del medicamento	Dosis	Tiempo a Dar	Efectos secundarios comunes	Instrucciones especiales

Otra Información

Historial médico importante: _____

Alergias: _____

Cirugía de Epilepsia (tipo, fecha, efectos secundarios): _____

Dieta terapéutica: Cetogénico Bajo Índice Glucémico Atkins Modificado Otro: _____

Consideraciones especiales, instrucciones o precauciones (es decir, pasadías escolares, actividades, deportes, etc.): _____

Contacto del Cuidado de la Salud

Proveedor de epilepsia: _____ Teléfono: _____

Proveedor primario: _____ Teléfono: _____

Hospital preferido: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Firma del padre o guardián: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor de epilepsia: _____ Fecha: _____