

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 él/ella un aura (luces brillantes y destellantes) antes de sufrir una convulsión? Sí___ No___

Si la respuesta es Sí, describa _____

¿Hay alguna indicación y/o cambio en el comportamiento antes de ocurra la convulsión? Sí___ No___

Si la respuesta es Sí, describa _____

¿Qué podría provocar una convulsión en su niño/a? _____

¿Ha ocurrido algún cambio recientemente en los patrones de las convulsiones de su niño/a? Sí___ No___

Si la respuesta es Sí, describa _____

¿Cómo reacciona su niño/a después de la convulsión? _____

¿De qué modo otras enfermedades afectan el control de las convulsiones de su niño/a? _____

¿Ha estado su niño/a hospitalizado/a alguna vez debido a convulsiones continuas? Sí___ No___

Si la respuesta es Sí, describa _____

Plan para el manejo de convulsiones (continuación)

INDICIOS DE CONVULSIONES: FAVOR DE MARCAR o HACER UN CÍRCULO EN LOS COMPORTAMIENTOS QUE APLICAN A SU NIÑO/A.			
CONVULSIONES SIMPLES	CONVULSIONES GENERALIZADAS	SEÑALES DE PELIGRO – LLAMAR AL 911	POSIBLE COMPORTAMIENTO DESPUÉS DE CONVULSIÓN
<input type="checkbox"/> Lamido de labios <input type="checkbox"/> Arrebatos en la conducta <input type="checkbox"/> Mirada fija <input type="checkbox"/> Contracción nerviosa <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Gritos o chillidos súbitos <input type="checkbox"/> Caídas <input type="checkbox"/> Rigidez/Inflexibilidad <input type="checkbox"/> Agitación/Movimiento brusco <input type="checkbox"/> Pierde control de vejiga/intestinos <input type="checkbox"/> Respiración jadeante <input type="checkbox"/> Cesa de respirar <input type="checkbox"/> Labios azulados <input type="checkbox"/> Espumajea por la boca <input type="checkbox"/> Sonido balbuceante o gruñidos <input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento <input type="checkbox"/> Otro:	<ul style="list-style-type: none"> • Convulsión dura más de 5 minutos • Otra convulsión comienza inmediatamente después de la 1ra convulsión • Pérdida del conocimiento • Cesa de respirar • Si la convulsión es el resultado de una lesión o el/la niño/a se lesiona durante la convulsión • Si la estudiante está embarazada 	<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio • Debilidad • Soñoliento, dificultad para levantarse • Un poco confundido/a • Respiración regular • Otro <p>TODAS LAS QUE SE MENCIONAN ARRIBA PUEDEN DURAR DESDE UNOS POCOS MINUTOS HASTA UNAS POCAS HORAS.</p>

Tratamiento de las convulsiones:

¿Tiene el estudiante un Estimulador del Nervio Vago (siglas VNS, en inglés)? _____ ¿Dónde lleva puesto el imán? _____

Describe el uso del imán: _____

¿Toma medicamento(s) rutinariamente: Si la respuesta es Sí (explique) _____ No

Medicamento(s) que necesita en la	Cantidad a	Hora en que se administra
1.		
2.		
3.		

SI OCURRE UNA CONVULSIÓN GENERALIZADA:

1. Si se está cayendo, préstele ayuda al estudiante para que se acueste, voltéelo a un costado.
2. Desabróchele su ropa al nivel del cuello y la cintura; proteja la cabeza contra una lesión.
3. Mueva a lados apartados cualquier mueble y otros objetos que se encuentren en el área.
4. Pídale a otra persona adulta en el aula que aleje a los estudiantes de esa área.
5. **CALCULE EL TIEMPO DE LA CONVULSIÓN.**
6. Permita que la convulsión siga su curso; NO restrinja al estudiante ni le inserte nada en su boca. No trate de parar cualquier comportamiento aunque no tenga propósito alguno.
7. Durante una convulsión general o un ataque epiléptico, anticipe observar una descolocación pálida o azulada de la piel o los labios. Anticipe escuchar una respiración fuerte.

SI OCURRE UNA CONVULSIÓN MENOR

(Por ejemplo; lamido de labios, arrebatos en la conducta, mirada fija, contracciones nerviosas de la boca o las manos)

1. Ayude al estudiante a que se acomode en una posición sentada y confortable.
2. Calcule el tiempo de la convulsión.
3. Permanezca con el estudiante, hablele suavemente, despacio y, después de la convulsión, ayúdele a retornar a la tarea que estaba haciendo.

LLAME AL 911 Y COMIENZE LOS PROCEDIMIENTOS DE CPR/PRIMERA AYUDA SI EL ESTUDIANTE EXHIBE:

1. Ausencia de respiración o pulso.
2. Convulsiones con una duración de 10 o más minutos.
3. Dos o más convulsiones consecutivas (sin un periodo de conocimiento entre las convulsiones con un total de 10 o más minutos).

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. El estudiante no ha recobrado su "modo de ser normal" después de unos 30-60 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.

Posición	Nombre	Teléfono Móvil	Teléfono
Enfermera Escolar			
Enfermera Alternativa			
Miembro del Personal			
Miembro del Personal			

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 de este medicamento.

Doy mi consentimiento para la divulgación de información médica contenida en este formulario a los funcionarios escolares que tengan un interés legítimo en la información, de acuerdo con la Política de la Junta Escolar y de la Educación de la Familia y la Ley de la Privacidad del MISD. Yo doy permiso para la divulgación de información confidencial sobre problemas específicos de salud de mi hijo/a a terceros, personas distintas de las autoridades escolares, según sea necesario para facilitar la atención médica y / o tratamiento de mi hijo/a. Autorizo al enfermero / a la enfermera y el médico que prescribe el medicamento para tratar de forma confidencial o aclarar la orden de la medicación y para discutir la respuesta del/de la estudiante a la medicación prescrita según sea necesario por la ley (Enfermera Práctica y Médicos Practicantes de Texas).

 Firma del padre/tutor legal del estudiante _____
 Fecha

Plan para el manejo de convulsiones (*continuación*)

Pegar foto

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 _____ Cell/Móvil # _____
Contacto de emergencia #1 _____ Teléfono # _____
Contacto de emergencia #2 _____ Teléfono # _____

Si signos o síntomas de las condiciones mencionadas anteriormente ocurren siga los siguientes pasos:

- A) Si esto ocurre: _____
Haga esto: _____
- B) Si esto ocurre: _____
Haga esto: _____
- C) Si esto ocurre: _____
Haga esto: _____

Por favor marque con un círculo uno de los siguientes para indicar el nivel al que este estudiante puede realizar este cuidado.

Independientemente Necesita ayuda/supervisión No puede hacerlo por sí mismo/a

Comentarios adicionales: _____

El Plan Individualizado de Salud ha sido revisado y discutido por la enfermera de la escuela y / o el padre / madre / tutor y presentamos la información anterior como la conciencia personal y la información individualizada de los estudiantes para agilizar la atención del/de la estudiante en momentos en que una enfermera escolar puede no estar disponible. **Este formulario también puede ser completado por la Enfermera Registrada de la escuela cuando no se ha recibido información del médico o de los padres. Un/a maestro/a o sustituto/a debe ser advertido/a de una condición médica y las medidas necesarias para garantizar la seguridad del estudiante en momentos en que un/una enfermero/a escolar no puede estar fácilmente disponible.**

Nombre del/de la enfermera: _____ Firma: _____ Date: _____
Nombre del padre/madre (opcional): _____ Firma: _____ Date: _____
Nombre del médico (opcional): _____ Firma: _____ Date: _____