



Plan de Acción para el Cuidado de la Salud – Convulsiones

Por favor regresar el formulario a: _____
Escuela _____ Fax _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

de identificación: _____ Grado: _____ Padre/Tutor legal: _____

Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: (madre) _____ (padre) _____

Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____

Profesional del cuidado de la salud: _____ Teléfono: _____

Médico especialista: _____ Teléfono: _____

Diagnóstico: _____

Historial breve de salud (incluir la edad a la que se manifestaron por primera vez los síntomas que preceden las convulsiones, así como la frecuencia, duración, qué contribuye a que sucedan y alguna aura): _____

Descripción de las convulsiones: _____

Medicaciones/Dosis/Hora: _____

Restricciones/Precauciones: _____

MUY IMPORTANTE – La persona que esté observando al estudiante debe permanecer tranquila y brindar apoyo. También debe tomar nota de la secuencia de eventos, el estado de consciencia del estudiante y el(los) factor(es) que hayan precipitado esta condición.

Intervenciones:

1. Medir la duración de las convulsiones y poder describirlas (tipo, partes del cuerpo involucradas, incontinencia, períodos de desorientación).
2. Ayudar al estudiante con cuidado a reposar sobre el piso. Aflojar el cuello y la(s) prenda(s) de vestir que esté(n) apretada(s).
3. No restringir el movimiento. Mover muebles y retirar objetos cercanos al cuerpo del estudiante para evitar que se haga daño.
4. Colocar al estudiante de lado para que haya movimiento de la saliva, y mantener la vía respiratoria abierta.
5. No poner paletas para la lengua ni objetos en la boca.
6. Si la convulsión cesa, y el estudiante es capaz de caminar, ayudarlo a ir a la Oficina de Salud para descansar.
7. Si la convulsión tiene una duración de más de 5 minutos, llamar al 911, la enfermera escolar y los padres de familia.

Metas:

- ✓ Promover una autoestima positiva.
- ✓ del plan de tratamiento.

Doy mi permiso para que la información que este Plan de Acción para el Cuidado de la Salud (HCAP, por sus siglas en inglés) contiene se dé a conocer a los adultos de la escuela que trabajen con mi hijo/a, los cuales necesitan estar informados acerca de esta condición. Este HCAP estará vigente durante un año o hasta que cambie el estado de salud o las órdenes del profesional del cuidado de la salud. Es responsabilidad del padre o tutor legal notificar a la enfermera escolar cuando haya algún cambio en el estado de salud o el cuidado del estudiante.

Enfermera escolar _____ Fecha _____ Padres de familia/Tutor legal _____ Fecha _____ Profesional del cuidado de la salud _____ Fecha _____