

Formulario de Plan de Manejo y Tratamiento de Convulsiones

Texas

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:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

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 _____
- 1 RWL4FDU DO SDGUH R JXDUGLQ HO FRG
al doctor
- Otro: _____

Cuándo y Qué Hacer Cuando se Necesita Una Terapia de Rescate

Si la convulsión (grupo, número o duración): _____ Si la convulsión (grupo, número o duración): _____
1 RPEUH GHO PHGLFDPHQWR 5[_____ 1 RPEUH GHO PHGLFDPHQWR 5[_____
Cuánto se le debe dar (dosis): _____ Cuánto se le debe dar (dosis): _____
Cómo se le debe dar: _____ 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): _____
' L H W D W H U D S H V W J L F D L F R % D M R ~ Q S G M N F L H Q V O X F G P W F U B R G R
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: _____