

## NCSS PLAN DE ACCIÓN PARA CONVULSIONES

*Este estudiante está siendo tratado por un trastorno convulsivo. La siguiente información debería ayudarle si se produce una convulsión durante el horario escolar.*

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre/Madre/ Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Otro Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Proveedor de Tratamiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Historial médico relacionado: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_  
 Describa cualquier consideración o precaución especial (con respecto a las actividades escolares, deportes, viajes, etc.): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Protocolo específico para estudiantes

*\*Información requerida*

*Tipo de convulsión*	*Duración	*Frecuencia	*Descripción

\*Desencadenantes de convulsiones o señales de advertencia.

\*Respuesta del estudiante después de una convulsión:

#### Medicamentos de Emergencia

##### Valtoco y Nayzilam (Intranasal)

Medicamento	Dosis	La dosis se puede repetir _____ veces después de:	Dosis Máxima

##### Diastat (supositorio)

Medicamento	Dosis	La dosis se puede repetir _____ veces después de:	Dosis Máxima

\*Instrucciones de llamada EMS: \_\_\_\_\_

<b>Zona Verde Menos de 2 minutos</b>	<b>Zona Amarilla 2 a 5 minutos</b>	<b>Zona Roja Mas de 5 minutos o mas de 3 convulsiones en una una hora</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comience primeros auxilios para la convulsion</li> <li>• Observe de cerca al estudiante hasta que se recupere de la convulsion</li> <li>• Notifique al pade/madre, o tutor</li> <li>• Regrese al estudiante a clases</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continúe los primeros auxilios para la convulsion</li> <li>• Prepárese para administrar el medicamento Diastat/Versed</li> <li>• Observe al estudiante de cerca hasta que se recupere</li> <li>• Notifique al padre/madre, o tutor</li> <li>• El estudiante puede regresar a la clase o irse a la casa dependiendo de lo que indiquen los padres o el tutor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continúe los primeros auxilios para la convulsion</li> <li>• Administre Diastat/Versed</li> <li>• Monitorear la respiracion y el ritmo cardiaco y comience CPR si se necesita</li> <li>• Notifique al padre/madre/tutor</li> <li>• Llame al 911 si la convulsion dura mas de 7 minutos</li> </ul>

<b>Primeros Auxilios Basicos para Covulsiones</b>	<b>Una convulsion generalmente se considera una emergencia cuando:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantengase calmado y lleve la cuenta del tiempo</li> <li>• Mantenga al niño (a) seguro (a)</li> <li>• No restringir al niño (a)</li> <li>• No ponga nada en la boca del niño (a)</li> <li>• Documente la convulsion en una hja de registro</li> <li>• Quedese con el niño (a) hasta que recupere la conciencia completamente</li> </ul> <p><b>Para Convulsiones "Tonic-Clonic"</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proteja la cabeza</li> <li>• Mantenga las vias respiratorias abiertas/ Observe la respiracion</li> <li>• Voltrear al niño de lado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La convulsion (Cronic-tonic) dura mas de 5 minutos</li> <li>• El estudiante experimenta convulsiones repetidas sin recobrar el conocimiento</li> <li>• El estudiante se lastima o si tiene diabetes</li> <li>• El estudiante tiene una convulsion por primera vez</li> <li>• El estudiante tiene dificultad para respirar</li> <li>• El estudiante tiene una convulsion mientras esta en el agua</li> </ul>

Nombre impreso del proveedor: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso del Padre/ Madre/ Tutor: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Escuelas de Condado de Newton**  
**Autorización Para Administrar Medicamentos Recetados en la Escuela**  
**(Período de Tiempo Prolongado)**

Si puede administrar los medicamentos en el hogar o después del horario escolar, por favor hágalo. Sin embargo, si se debe administrar el medicamento durante el horario escolar, se debe completar este formulario. Llene una página por cada medicamento.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Maestro: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Solicito que la escuela \_\_\_\_\_, a través del director, la enfermera o la persona designada, supervise/ayude a administrar la medicación a mi estudiante de acuerdo con las instrucciones que se detallan a continuación.

Entiendo que:

- Los medicamentos deben estar en el envase original etiquetado (sin bolsas, papel de aluminio, etc.). Los farmacéuticos pueden proporcionar un contenedor etiquetado por duplicado solo con las dosis escolares.
- El padre/tutor debe proporcionar instrucciones específicas, así como el medicamento y equipo relacionado al director o al personal de la clínica.
- Será responsabilidad del padre/tutor informar a la escuela de cualquier cambio. No se administrarán nuevos medicamentos ni nuevas dosis a menos que se llene un nuevo formulario y se proporcione un contenedor recién etiquetado.
- Todos los medicamentos serán entregados directamente a la oficina/clínica por los padres.
- Los medicamentos no utilizados se desecharán a menos que se recojan dentro de una semana después de que la medicación sea descontinuada.

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Vía de Administración (oral, tópica, etc.): \_\_\_\_\_

Horario(s) para Administrarse: \_\_\_\_\_ Suspender el Medicamento en esta Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono del Médico: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo al personal, empleados y funcionarios del Distrito Escolar del Condado de Newton para ayudar a mi estudiante a tomar los medicamentos recetados de acuerdo con la política del distrito y los libero de cualquier responsabilidad por la administración de este medicamento. Entiendo que, en caso de cambio de medicamento, yo soy responsable de presentar un nuevo formulario de solicitud.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Tutor Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Condición de Salud por la que se Requiere el Medicamento: \_\_\_\_\_

Posibles Efectos secundarios, si los hay: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Medico**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**