

Williamson County Schools
Plan de acción para la escuela en caso de convulsiones
 (este formulario debe firmarlo el doctor)

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Escuela _____ Grado _____ Ciclo escolar _____

TIPO DE CONVULSIONES: _____ Fecha o edad de diagnóstico _____

Desencadenantes o señales de alerta (lista) _____

Fecha, descripción y tratamiento luego de la última convulsión _____

Otro historial médico de importancia _____

PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA

1. Contactar con la enfermera escolar al _____.
2. Indicar hora de inicio de la convulsión.
3. Administrar medicamento (debajo) - solo personal entrenado.
4. LLAMAR al 911 si se dan anticonvulsivos o si la enfermera no está disponible.
5. Reorientar y calmar al estudiante.
6. Notificar a los padres o contacto de emergencia.

Primeros auxilios básicos:

- Mantener la calma y enviar por ayuda
- Enviar a demás estudiantes fuera del área
- Permanecer con el alumno y proteger de lesiones
- NO refrenar ni poner nada en la boca
- Sostener la cabeza suavemente
- Mantener la vía abierta y observar la respiración
- Colocarlo en el suelo de costado

ORDEN MÉDICA – MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA

Nombre del medicamento	Dosis y vía de administración	Cuándo administrar en la escuela

***Diazepam no debe usarse más de 5 veces en el mes ni más de una vez en 5 días.**

¿Tiene el alumno un **Estimulador del nervio vago**? No Sí: ubicación y uso del imán: _____

Instrucciones especiales _____

Firma del doctor _____ **Fecha** _____

Nombre del doctor (molde) _____ **Teléfono** _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES O TUTORES

Doy permiso para que el medicamento o tratamiento mencionado se administre en la escuela por la enfermera o personal entrenado. Doy consentimiento para la comunicación entre la enfermera escolar y el proveedor de salud que prescribe para discutir la administración y uso de este medicamento o tratamiento. Acepto que el Consejo Educativo de Williamson County no incurrirá en responsabilidad alguna y estará exento de cualquier reclamo de injuria por la administración de dicho medicamento o tratamiento.

Firma del padre madre o tutor _____ **Fecha** _____

Nombre del padre, madre o tutor (molde) _____ **Teléfono** _____

Contacto de emergencia _____ **Teléfono** _____

Medicación recibida por _____ Fecha _____ Fecha venc. _____

Rev. venc.	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul
Iniciales enf.												