

Williamson County Schools
Plan de acción para la escuela por 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
- Alejar del área a demás estudiantes
- Permanecer con el alumno y protegerlo
- No refrenar ni poner nada en la boca
- Proteger la cabeza
- Mantener la vía aérea abierta y observar la respiración
- Colocarlo de costado si es posible

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 en el entorno escolar.

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

Instrucciones especiales _____

Firma del doctor _____ Fecha _____

Nombre del doctor (imprensa) _____ Teléfono _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES O TUTORES

Doy permiso para que los medicamentos mencionados se administren en la escuela por la enfermera o personal entrenado. Doy consentimiento para la comunicación entre la enfermera escolar y el proveedor de salud o clínica que prescribe para discutir el manejo de la enfermedad y la administración de este medicamento. El padre/madre/tutor firmante acepta eximir y liberar al distrito escolar y sus directores, funcionarios, empleados, voluntarios y agentes de toda responsabilidad, reclamo, demanda o acción de cualquier tipo que surja de cualquier daño, pérdida o lesión que mi estudiante o yo/nosotros podríamos sufrir o que ahora tienen o pueden tener en el futuro como resultado de la administración de este medicamento.

Firma del padre madre o tutor _____ Fecha _____

Nombre del padre, madre o tutor (imprensa) _____ Teléfono _____

Medicación recibida por _____ Fecha _____ Fecha venc. _____