



# Distrito Escolar del Área de Little Chute

## Servicios de salud

### CONVULSIONES



**Samantha Busko, MSN, RN, Enfermera Escolar 920-788-7600**  
 Escuela Primaria Fax: 920-788-7847 Y Fax de las Escuelas IM/MS/HS: 920-788-7841

#### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

<b>EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE:</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	<b>GRADO:</b>
<b>ASISTENCIA A LA ESCUELA:</b>	<b>ESTUDIANTE AUTOBÚS:</b>	Sí NO

#### TIPOS DE CONVULSIONES Y TRATAMIENTO

TIPO DE CONVULSIÓN	LONGITUD	FRECUENCIA	DESCRIPCIÓN

**DESENCADENANTES DE CONVULSIONES O SEÑALES DE ADVERTENCIA:**

**RESPUESTA DEL ESTUDIANTE DESPUÉS DE UNA CONVULSIÓN:**

**RESPUESTA DE EMERGENCIA:**

**UNA "EMERGENCIA DE CONVULSIÓN" PARA ESTE ESTUDIANTE SE DEFINE COMO:**

---



---



---

**PROTOCOLO DE EMERGENCIA DE CONVULSIÓN (Marque todo lo que corresponda):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comuníquese con la enfermera escolar o la oficina principal | <input type="checkbox"/> Llame al 911 para el transporte al hospital               |
| <input type="checkbox"/> Notificar a los padres o contacto de emergencia             | <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos de emergencia según lo indicado. |
| <input type="checkbox"/> Notificar al médico   | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |

**PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS PARA CONVULSIONES:**

- Mantén la calma y haz un seguimiento del tiempo
- Mantenga al niño seguro
- no restringir
- No pongas nada en la boca
- Quédese con el niño hasta que esté completamente consciente
- Registrar incautación en bitácora

**PARA LAS CONVULSIONES TONICOCLÓNICAS:**

- proteger la cabeza
- Mantenga las vías respiratorias abiertas/vigile la respiración
- poner al niño de costado

**UNA CONVULSIÓN GENERALMENTE ES UNA EMERGENCIA CUANDO:**

- La convulsión convulsiva (tónico-clónica) dura más de 5 minutos
- El estudiante tiene convulsiones repetidas sin recuperar la conciencia
- El estudiante está lesionado o tiene diabetes.
- El estudiante tiene una convulsión por primera vez
- El estudiante tiene dificultades para respirar.
- El estudiante tiene una convulsión en el agua

## MEDICAMENTOS Y AUTORIZACIÓN

### PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DURANTE EL HORARIO ESCOLAR *(Incluya medicamentos diarios y de emergencia)*

EMERGENCIA O MEDICAMENTO DIARIO	DOSIS DADO	HORA DEL DÍA EN QUE LE A DADO	LADO COMÚN EFECTOS	INSTRUCCIONES ESPECIALES

¿ALGUNA VEZ SE HA ADMINISTRADO MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA? *SÍ NO Si Sí, fecha de la última dosis:*

EL ESTUDIANTE TIENE UN ESTIMULADOR DEL NERVIOS VAGO? *SÍ NO Si Sí, describa el uso del imán:*

### PADRE/GUARDIÁN CONSENTIMIENTO DE MEDICAMENTOS

Por la presente doy permiso al personal escolar capacitado designado para administrar medicamentos a mi hijo durante el día escolar, incluso cuando esté fuera de la propiedad escolar por asuntos oficiales de la escuela, de acuerdo con las instrucciones escritas del médico que se muestran en este formulario. También estoy de acuerdo en dar mi permiso a la enfermera de la escuela y/o al personal de la escuela para contactar al médico del niño si es necesario. Por la presente doy permiso al personal escolar designado para notificar a otro personal escolar apropiado y maestros de aula sobre la administración de medicamentos y los posibles efectos adversos de los medicamentos. Además, aceptó eximir de responsabilidad al Distrito Escolar del Área de Little Chute y al empleado(s) del LCASD que están administrando el medicamento en cualquiera o todos los reclamos que surjan de la administración de este medicamento en la escuela. Acepto notificar a la escuela al finalizar esta solicitud o cuando sea necesario realizar cambios en las órdenes anteriores.

Entiendo que, como padre/tutor, soy responsable de asegurar que la medicación de rescate de respaldo esté disponible para mi hijo después del horario escolar y durante los viajes hacia/desde y durante los eventos patrocinados por la escuela. La información de salud de los estudiantes se comparte a través de correos electrónicos, copias de planes de salud y/o reuniones de personal con maestros de nivel de grado, entrenadores, compañías de autobuses, personal de oficina y otro personal pertinente de LCASD.

**Al firmar a continuación, acepta que ha revisado este plan de salud para su hijo y que el plan de salud es correcto y/o ha realizado los cambios apropiados en este formulario para que el plan sea correcto.**

CONTACTO DE EMERGENCIA:	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE:
(C) TELÉFONO:	(C) TELÉFONO:
PADRE/GUARDIÁN FIRMA:	FECHA:
NOMBRE DEL MÉDICO:	TELÉFONO:
FIRMA DEL MÉDICO:	FECHA:

Iniciales del director: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_