

PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA DE CONVULSIONES AÑO ESCOLAR 2024-2025
CORPORACIÓN ESCOLAR DE LA COMUNIDAD DE GREENFIELD CENTRAL

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONTACTOS EN CASOS DE EMERGENCIA

Nombre

Parentesco

Teléfono

1. _____

2. _____

PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA

1. Si el estudiante muestra alguna señal de convulsión, notifique de inmediato a la clínica. Anote la hora en que comenzó la convulsión.
2. Proteja al estudiante de lesiones durante la convulsión. Retire cualquier objeto duro o afilado del área inmediata. No intente restringir los movimientos del estudiante. No coloque ningún objeto en la boca del estudiante. Si está disponible, coloque una manta, chaqueta, almohada, etc., debajo de su cabeza.
3. Coloque al estudiante de lado, mientras continúa protegiendo su cabeza de lesiones.
4. No deje al estudiante solo. Pida a los demás estudiantes, visitantes y personal innecesario que desalojen el área.
5. Después de la convulsión, documente lo que sucedió antes, durante y después de la convulsión, la hora de inicio, la duración y la actividad convulsiva presente.
6. Notifique a los padres sobre la actividad convulsiva.
7. Llame de inmediato al 911 si observa alguno de los siguientes:
 - a. Ausencia de respiración o pulso: comience la RCP en caso de paro respiratorio o cardíaco.
 - b. La convulsión dura cinco minutos o más.
 - c. Dos o más convulsiones consecutivas.
 - d. Cualquier dificultad para respirar.
 - e. El estudiante continúa teniendo la piel o los labios pálidos o azulados o respiración ruidosa después del cese de la convulsión.

INFORMACIÓN SOBRE LAS CONVULSIONES: el proveedor de atención médica debe completar esta parte

Tipo de convulsión:

Inicio generalizado Inicio focal Inicio desconocido Febril Otra _____

¿Cómo es la convulsión y cuánto dura normalmente? _____

Factores que desencadenan las convulsiones o señales de advertencia: _____

¿Hay alguna actividad en la que este estudiante no pueda participar mientras esté en la escuela?

No, el estudiante puede participar plenamente en todas las actividades. Sí, el estudiante no debe participar en (enumere las actividades excluidas): _____

Enumere los medicamentos diarios de control que el estudiante toma en casa para prevenir las convulsiones, incluido el nombre, la dosis y la frecuencia: _____

****ESTE FORMULARIO TIENE 2 CARAS, SE DEBEN LLENAR AMBAS PARA QUE EL PLAN PUEDA IMPLEMENTARSE.****

Enumere los medicamentos de rescate recetados al estudiante (también se debe llenar el formulario 5330F1 para su administración en la escuela), incluido el nombre, la dosis y la vía:

¿El estudiante tiene un estimulador del nervio vago (Vagus Nerve Stimulator, VNS)? No Sí **en caso afirmativo, siga estas instrucciones para el uso del VNS si el estudiante muestra síntomas de una convulsión:**

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del HCP: _____ Número de teléfono: _____

**INFORMACIÓN SOBRE LAS CONVULSIONES:
el padre/madre/tutor debe completar esta parte**

Además de las instrucciones anteriores del proveedor de atención médica (Health Care Provider, HCP), deseo comunicar la siguiente información al personal escolar en relación con mi estudiante:

Como padre/madre/tutor de un estudiante que padece convulsiones, entiendo que debo informar sobre esta a los conductores de autobuses, entrenadores, patrocinadores extracurriculares, tutores, etc. Estoy de acuerdo y deseo implementar este plan de atención de emergencia para mi estudiante. Mi estudiante entiende la importancia de informar los síntomas de inmediato al asistente médico de la escuela. Por el presente doy permiso para el intercambio de información médica entre enfermeros escolares, asistentes médicos, director escolar y HCP ante mencionado. También doy permiso para que el personal de la clínica comparta esta información médica con el personal escolar, según sea necesario, para ayudar a proteger la seguridad y el bienestar de mi estudiante.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

EL PERSONAL ESCOLAR DEBE COMPLETAR ESTA PARTE

Fecha en que el personal de la clínica recibió el Plan de Atención de Emergencia (Emergency Care Plan, ECP): _____

ECP revisado por el personal de la clínica, alerta médica de PowerSchool actualizada y copia impresa del ECP enviada al enfermero correspondiente para el desarrollo del plan de atención médica.

Fecha

Firma

Notas del personal de la clínica sobre este plan (si es necesario):