



Lexington-Fayette County Health Department

School Health
650 Newtown Pike
Lexington, KY 40508-1197
(859) 288-2314
(859) 288-2313 Fax

PAQUETE DE LOS PADRES – CONVULSIONES

Estimado Padre / Guardián:

Usted nos ha informado de que su estudiante tiene una inquietud médica. Adjunto están los formularios, que deben completados tanto por el padre / tutor y el médico del estudiante. Estos formularios son necesarios para que la enfermera de la escuela que estén debidamente capacitados administrar el tratamiento médico específico o de los procedimientos. Esta información nos ayudará a trabajar con su hijo para reducir al mínimo las restricciones innecesarias, sentimientos de ser tratados de manera diferente, y posiblemente el absentismo.

Por favor, enviar una foto actual de su hijo para que el estudiante sea fácilmente identificable. Esta información será distribuido al personal apropiado de la escuela que lo necesite y puede incluir a los conductores de autobús, maestros sustitutos, personal de la cafetería, y otros que trabajan con su hijo todos los días.

Para ayudar a su estudiante, por favor, háganos saber cualquier cambio en la condición médica de su estudiante o los números de emergencia durante el día de teléfono.

Los siguientes formularios deben ser completados y devueltos a la Enfermera de la Escuela.

- El Plan de Cuidado para la Salud de Convulsiones
- FCPS Primeros Auxilios para Convulsiones
- Médico y los Padre/Guardian Autorización para la Administración Medicacion - Diastat

Esperamos tener a un gran año con su estudiante!

Por favor llame a el Programa de Servicios de Salud al numero de teléfono 288-2314 si usted tiene alguna pregunta.

EL PLAN DE CUIDADO PARA LA SALUD DE CONVULSIONES

(Este formulario sera disponible para profesores y la personal escolar apropiada.)

Nombre del Estudiante: _____ Fecha De Nacimiento: ___ / ___ / _____

Alergias: _____

Escuela: _____ Maestro: _____ Grado: _____

Rider de Autobús: Si No # de Autobús: AM ___ PM ___ No viajar en el Autobús:

Nombre de Padre/Guardián(s): _____

Dirección/Código Postal: _____

Padre/Guardián 1: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Padre/Guardián 2: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____



O CONTACTO LLAMADA DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre de Médico: _____ Numero de Teléfono: _____

Preferencia de Hospital: _____

CONVULSIONES HISTORIA

¿QUÉ TIPO DE CRISIS CONVULSIVAS ¿TIENE SU ESTUDIANTE? _____

• DESCRIBIR CADA TIPO DE CONVULSIÓN: _____

• ¿CON QUÉ FRECUENCIA OCCUREN LAS CONVULSIONES? _____

• FECHA DE ÚLTIMA CONVULSIÓN: _____

• ¿CUÁNTO TIEMPO SON LAS DE CONVULSIONES? _____

• ¿CUALQUIER CAMBIO DE COMPORTAMIENTO ANTES DE LAS CONVULSIONES O SIGNOS DE ADVERTENCIA? _____

¿CUÁL ES EL COMPORTAMIENTO ACOSTUMBRADO DESPUÉS DE LA CONVULSIÓN?: _____

¿ES NECESARIO PARA SU ESTUDIANTE A USAR CUALQUIER EQUIPO DE SEGURIDAD ESPECIAL, COMO UN CASCO? _____

FOR SCHOOL NURSE ONLY:

STUDENT HAS DIASTAT ORDERED AND AVAILABLE AT SCHOOL? YES NO

LOCATION OF DIASTAT AT SCHOOL : _____

REVIEWED BY: _____ RN DATE: _____

FCPS PRIMEROS AUXILIOS PARA LAS CONVULSIONES

Padre / Tutor (s), por abajo se encuentra el Condado de Fayette Ayuda Primera Escuela Pública para las Convulsiones. Por favor, lea con cuidado y hacer los cambios individuales que se aplican a su estudiante en el espacio proporcionado.

EPILEPTICO - CONVULSIONES

1. El escuadra de rescate por lo general no tiene por qué ser llamado para una persona que padece trastorno convulsivo menos que la convulsión es casi inmediatamente seguido por otro ataque importante, o si la convulsión dura más de cinco minutos. **Si una de las principales (gran mal) se produce una convulsión en una persona que antes no sabe que tiene un trastorno convulsivo, la escuadra de rescate (911) debe ser llamado.**
2. No trate de restringir los estudiante. Usted no puede hacer nada para detener un convulsion una vez que ha comenzado. La convulsion debe seguir su curso.
3. Despejado el área y proteger la estudiante la cabeza para que no las lesiones se producen a partir de objetos duros o filosos. Trata de no interferir con el movimiento de ninguna manera.
4. No fuerce nada entre los dientes.
5. Girar al estudiante a su lado para que la saliva fluya fuera de la boca.
6. Mantenga la calma. Otros estudiantes asumire la misma reacción emocional que la persona que administra la ayuda. La incautación es indoloro.
7. Cuando la convulsion ha terminado, permitir estudiante el descanso.
8. Si **DIASTAT** ordenada, administrar por Orden del Médico y mantener la privacidad del estudiante.
9. Padre / tutor deberia ser informado de la incautación.
10. Cambiar el incidente en una experiencia de aprendizaje para toda la clase.

Cambios Individuales: _____

MEDICINAS PARA LAS CONVULSIONES TOMADAS EN EL HOGAR

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

ESCUELA: _____ **ALERGIAS:** _____

Medicamentos: _____ **Medicamentos:** _____

Dosis / Tiempo: _____ **Dosis / Tiempo:** _____

Posibles Efectos Secundarios: _____ **Posibles Efectos Secundarios:** _____

* **Cualquier medicamento que debe da en la escuela debe ser autorizado por Padre / Guardian y el Medico en los formularios oficiales de acuerdo a Fayette La Junta del Condado de politica educacion. Los formularios pueden obtenerse en la oficina de la escuela. Los medicamentos se deben administrar en la casa si es posible.**

Otra Información o Instrucciones: _____

Firma de la Persona que completa esta formulario: _____

Relación: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

Reviewed by: _____, RN *Date:* ____ / ____ / ____

MÉDICO Y PADRE / TUTOR AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN MEDICACIÓN – DIASTAT

La Junta de Educación del Condado de Fayette ha adoptado un procedimiento en el que un miembro del personal de la escuela a la que asiste el estudiante le administrará una inyección o cualquier medicamento recetado en el caso de una crisis. El que suscribe entiende que el miembro del personal de la administración de la atención de lo anterior no es un profesional de salud capacitado, pero es entrenado por la enfermera escolar por la ley estatal y que este individuo se comprometen a hacer su mejor esfuerzo para cumplir con el procedimiento recomendado elaborada por la médico de estudiante en el caso de una emergencia que amenaza la vida en la que requiere una intervención inmediata por el voluntario.

El padre / tutor da su consentimientos a la intervención del miembro del personal voluntario, de conformidad con las instrucciones del médico. Además, el abajo firmante se compromete a mantener indemne ese voluntario por las lesiones resultantes de la atención de emergencia a menos que la lesión fue causada por negligencia del voluntario.

PHYSICIAN ORDER FOR EMERGENCY ACTION PLAN

To be completed by the student's Physician and returned to School Health: Confidential FAX (859) 288-2313 or by mail:
Lexington-Fayette County Health Department, School Health Division, 650 Newtown Pike, Lexington, KY 40508

STUDENT'S NAME: _____ **DOB:** _____

ALLERGIES: _____

DIAGNOSIS: _____

SIGNS AND SYMPTOMS WHEN MEDICATION IS NEEDED: _____

DRUG ORDERED, DOSAGE AND ROUTE OF ADMINISTRATION:

Medication/Dose/Route

- Per protocol, Rescue Squad (911) will be contacted if Diastat is used, unless Physician's order states otherwise.
- Notify Parent/Guardian or Emergency Contact.

Comments: _____

X _____
(Physician's Signature)

Date

(Physician's Name - Printed)

Telephone Number

*** PLEASE NOTE: The School Nurse is NOT always in the school building and trains non-medical staff to administer medication. See above and below.**

PADRE / TUTOR DECLARACIÓN

Yo, el abajo firmante padre o tutor del estudiante nombrado arriba **por la presente solicitud que una *miembro del personal capacitado administrar la medicacion** al estudiante siguiendo las instrucciones marcadas por el médico. Estoy de acuerdo en suministrar el medicamento prescrito necesario y me comprometo a notificar a la Enfermera de la Escuela de forma inmediata cualquier cambios. Entiendo que Fayette County Board de Educación Medicamentos Políticas y Procedimientos (09.2241) están disponibles para mí leer. Firmo esta declaración voluntariamente y con pleno conocimiento de su importancia. Estoy de acuerdo en recoger cualquier medicamento no utilizado dentro de las dos semanas siguientes a la última jornada de la escuela, o el medicamento será destruido.

Los padre y los estudiante son responsables de tener medicamentos disponibles en la escuela.

X _____
(Firma del Padre / Guardian)

_____/_____/_____
Fecha

Reviewed by: _____ RN Date: _____