



**PAQUETE PARA REPRESENTANTES PLAN MÉDICO  
DE EMERGENCIA - CONVULSIONES  
DIASTAT Y MEDICAMENTOS ORALES**

Estimado/a Padre/Madre/Representante:

Usted nos ha informado que el/la estudiante tiene una condición médica. Adjunto hay formularios que deben ser completados por el/la padre/madre/representante como por el médico de el/la estudiante. Estos formularios son necesarios para que el/la enfermero/a de la escuela o el personal de la escuela debidamente capacitado puedan realizar o administrar tratamientos o procedimientos médicos específicos. Esta información nos ayudará a trabajar con su estudiante para minimizar riesgos innecesarios, sentimientos de sentir ser tratado diferente, y posiblemente ausentismo.

Por favor envíe una foto actual de el/la estudiante para que sea fácilmente identificado/a. Esta información se distribuirá debidamente al personal de la escuela según sea necesario y puede incluir a conductores/as de autobús, maestros/as sustitutos/as, personal de la cafetería y otras personas que trabajen con su estudiante a diario.

Para poder asistir a el/la alumno/a, por favor comuníquenos cualquier cambio en su estado de salud o sus números de teléfono de emergencia diurnos.

**Lo siguiente debe ser devuelto a el/la enfermero/a de la escuela de el/la estudiante:**

- **Plan de Atención Médica para Convulsiones.**
- **Primeros Auxilios para Convulsiones de FCPS *por sus siglas en inglés*.**
- **Autorización del padre/madre/representante y del médico para la administración del medicamento Diastat.**

¡Esperamos tener un gran año con el/la estudiante!

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al programa de Servicios de Salud Escolar al 288-2314.

# PLAN CUIDADO DE LA SALUD PARA CONVULSIONES

(Este forma estará disponible para los/las maestros/as y para el personal apropiado de la escuela)

Nombre de el/la estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro/a: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Pasajero del autobús:  SI  NO Autobús #: AM: \_\_\_\_\_ PM: \_\_\_\_\_ No usa transporte

Nombre/s de el/la representante/s: \_\_\_\_\_

Dirección/Código Postal: \_\_\_\_\_

Llamar representante 1: – Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Llamar representante 2: – Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Persona de contacto alterna en caso de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

HOSPITAL DE PREFERENCIA: \_\_\_\_\_



## HISTORIAL DE CONVULSIONES

¿QUÉ TIPO/S DE CONVULSIÓN/ES HA TENIDO EL/LA ESTUDIANTE? \_\_\_\_\_

• DESCRIBA CADA TIPO DE CONVULSIÓN: \_\_\_\_\_

• ¿CON QUÉ FRECUENCIA OCURREN? \_\_\_\_\_

• FECHA DE LA ÚLTIMA CONVULSIÓN: \_\_\_\_\_

• ¿CUÁNTO DURAN? \_\_\_\_\_

¿MUESTRA ALGUNA SEÑAL O CAMBIO EN EL COMPORTAMIENTO PREVIOS A LA CONVULSIÓN/ES? \_\_\_\_\_

¿CÚAL ES EL COMPORTAMIENTO TÍPICO DESPUÉS DE LA CONVULSIÓN? \_\_\_\_\_

¿REQUIERE DE ALGÚN EQUIPO DE SEGURIDAD O ADICIÓN ESPECIAL? (PEJ CASCO) \_\_\_\_\_

## SOLO PARA EL/LA ENFERMERO/A ESCOLAR:

¿EL/LA ESTUDIANTE HA PEDIDO DIASTAT Y ESTÁ DISPONIBLE EN LA ESCUELA?  SI  NO

UBICACIÓN DE DIASTAT EN LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_ RN Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## FCPS PRIMERO AUXILIOS PARA CONVULSIONES

Padre/madre/representante/s, a continuación usted encontrará el Procedimiento de Primeros Auxilios para Convulsiones de las Escuelas Públicas del Condado de Fayette. Léalo detenidamente y realice los cambios individuales que correspondan el /la estudiante en el espacio proporcionado.

### CONVULSIÓN - CONVULSIONES

1. Es posible que no sea necesario llamar al equipo de rescate para una persona que se conoce que tiene un trastorno convulsivo, a menos que la convulsión sea seguida casi inmediatamente por otra convulsión importante, o si la convulsión dura más de cinco minutos. Siga las indicaciones del médico. **Si se produce una convulsión mayor (convulsión tónico-clónica o grand mal en inglés) en una persona que previamente no tenía un trastorno convulsivo, se debe llamar al Servicio de Emergencias (911).**
2. No intente sujetar el/la estudiante. Usted no puede hacer nada para detener una convulsión una vez que ha comenzado, esta debe seguir su curso.
3. Despeje el área y proteja la cabeza para que no se produzcan lesiones con objetos duros o afilados. Trate de no interferir con el movimiento de ninguna manera.
4. No fuerce nada entre los dientes.
5. Gire a el/la estudiante de lado para que la saliva fluya fuera de la boca.
6. Mantenga la calma. Otros estudiantes asumirán la misma reacción emocional que la persona que está administrando la ayuda. La convulsión es indolora.
7. Cuando termine la convulsión, deje que descanse.
8. Si se indicó **DIASTAT**, adminístrelo según la orden médica y mantenga la privacidad del estudiante.
9. Los representantes deben ser informados de la convulsión.
10. Convierta el incidente en una experiencia de aprendizaje para toda la clase.

Cambios individuales: \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS PARA CONVULSIONES TOMADOS EN CASA

NOMBRE DE EL/LA ALUMNO/A: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis / Hora: \_\_\_\_\_ Dosis / Tiempo: \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_ Posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_

\* Cualquier medicamento que se administre en la escuela debe ser autorizado por el/la padre/madre/representante y el médico en los formularios oficiales de acuerdo con la Política de la Junta de Educación del Condado de Fayette. Los formularios se pueden obtener del personal de la oficina de la escuela. En lo posible, los medicamentos deberían administrarse en casa.

Otra información o instrucciones: \_\_\_\_\_

Firma de el/la padre/madre/representante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Revisado por: \_\_\_\_\_ RN

Fecha: \_\_\_\_\_