

Distrito Escolar Unificado Placentia Yorba Linda

ACTUALIZACIÓN ACERCA DEL DESORDEN DE CONVULSIONES DE: _____ Año Escolar: _____

Para los Padres de: _____ Escuela _____ Grado _____

De acuerdo a los récords de nuestra escuela, su hijo tiene un historial de convulsiones. La escuela necesita información adicional para poder estar listos para ayudar a su hijo cuando sea necesario. Por favor, complete y devuelva la siguiente forma a la Oficina de Salud de la Escuela.

1. Padres/Guardián: _____ # Cel. _____ # Hogar _____
_____ # Cel. _____ # Hogar _____

2. Tipo de desorden de convulsiones: _____ Edad de inicio _____

3. Frecuencia de las convulsiones _____ Fecha de la última convulsión: _____

4. Medicamento que toma actualmente para convulsiones (incluya dosis y hora en que lo toma):

5. Signos de convulsión inminente _____

6. Patrón de descripción de la convulsión y duración de la misma (misma hora en el día. etc.) _____

7. Reacción del estudiante ante la convulsión _____

8. ¿Piensa usted que el desorden de convulsiones está bajo control con la terapia actual? Sí _____ No _____

9. Médico encargado de las convulsiones _____ Tel. # _____
Comentarios: _____

A menos que haya otras especificaciones por parte del médico, se le pide al personal seguir el plan de acción que se menciona a continuación:

PRIMEROS AUXILIOS EN CASO DE CONVULSIONES EPILÉPTICAS

1. MANTENER LA CALMA. El estudiante regularmente no sufre ni está en peligro.
2. Mantener al estudiante en un lugar seguro pero NO reprimir sus movimientos.
3. COLOCAR AL ESTUDIANTE DE LADO para prevenir que se ahogue con vómito o saliva.
4. Aflojar la ropa apretada.
5. NO meter a fuerza nada en la boca u ofrecer algo de tomar.
6. Observar al estudiante hasta que recupere totalmente la conciencia.
7. Tranquilizar al estudiante y permitir que descanse después de la convulsión.
8. Reportar el acontecimiento al administrador y notificar a la familia según las instrucciones del expediente de salud.
9. La mayoría de las convulsiones duran pocos minutos.

Si las convulsiones son prolongadas o el estudiante deja de respirar, llamar al 911, vea las órdenes del médico.

Firma del Padre/ Guardián _____ Fecha _____