

# Formulario de Plan de Manejo y Tratamiento de Convulsiones

Texas

Este formulario ha sido diseñado para ayudar a crear un plan para el manejo de convulsiones de un estudiante. Este formulario debe de ser completado por el padre o guardián del estudiante conjunto con el médico que está proveyendo el tratamiento. Una vez completado debe de ser compartido con la enfermera de la escuela o el personal apropiado.

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Fecha:

Padre o Guardián:

Teléfono:

Correo electrónico:

Contacto de  
emergencia/relación:

Teléfono:

Correo electrónico:

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Protocolo de convulsiones de emergencia que el personal del distrito debe de seguir

- Administrar medicamentos de emergencia \_\_\_\_\_
  - Contactar la enfermera de la escuela: \_\_\_\_\_
  - Llamar al 911; transportado a \_\_\_\_\_
- 1 RWL4FDU DO SDGUH R JXDUGL£Q HO FRG  
al doctor
- Otro: \_\_\_\_\_

### Cuándo y Qué Hacer Cuando se Necesita Una Terapia de Rescate

Si la convulsión (grupo, número o duración): \_\_\_\_\_ Si la convulsión (grupo, número o duración): \_\_\_\_\_  
1 RPEUH GHO PHGLFDPHQWR 5[ \_\_\_\_\_ 1 RPEUH GHO PHGLFDPHQWR 5[ \_\_\_\_\_  
Cuánto se le debe dar (dosis): \_\_\_\_\_ Cuánto se le debe dar (dosis): \_\_\_\_\_  
Cómo se le debe dar: \_\_\_\_\_ Cómo se le debe dar: \_\_\_\_\_

### Respuesta y cuidado del estudiante después de una convulsión

¿Qué tipo de ayuda es necesario? \_\_\_\_\_  
¿Cuándo el estudiante puede regresar a las actividades como es usual? \_\_\_\_\_  
¿Es necesario que el estudiante abandone el salón de clases? Si No  
Si la respuesta es Si, ¿cuándo puede el estudiante regresar al salón de clases? \_\_\_\_\_  
¿Puede el estudiante manejar y comprender sus convulsiones? Si No

### Instrucciones Especiales

Personal de emergencia: \_\_\_\_\_  
Departamento de emergencia: \_\_\_\_\_

### Medicamento Diario Para el Control de Convulsiones

| Nombre del medicamento | Dosis | Tiempo a Dar | Efectos secundarios comunes | Instrucciones especiales |
|------------------------|-------|--------------|-----------------------------|--------------------------|
|                        |       |              |                             |                          |
|                        |       |              |                             |                          |
|                        |       |              |                             |                          |
|                        |       |              |                             |                          |

### Otra Información

Historial médico importante: \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_  
Cirugía de Epilepsia (tipo, fecha, efectos secundarios): \_\_\_\_\_  
' L H W D W H U D S H V W J L F D L F R % D M R ~ Q S G M N F L H Q V O X F G P W F U B R G R  
Consideraciones especiales, instrucciones o precauciones (es decir, pasadías escolares, actividades, deportes, etc.): \_\_\_\_\_

### Contacto del Cuidado de la Salud

Proveedor de epilepsia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Proveedor primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Hospital preferido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de epilepsia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_