



Plan de Acción para el Cuidado de la Salud – Convulsiones

Por favor regresar el formulario a: _____ Escuela _____ Fax _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 # de identificación: _____ Grado: _____ Padre/Tutor legal: _____
 Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: (madre) _____ (padre) _____
 Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____
 Profesional del cuidado de la salud: _____ Teléfono: _____
 Médico especialista: _____ Teléfono: _____
 Diagnóstico: _____

Historial breve de salud (incluir la edad a la que se manifestaron por primera vez los síntomas que preceden las convulsiones, la frecuencia, duración, qué contribuye a que sucedan y alguna aura)

Descripción de las convulsiones

Medicaciones / Dosis / Hora

Restricciones / Precauciones

Intervenciones:

1. Medir la duración de las convulsiones y poder describirlas (tipo, partes del cuerpo involucradas, incontinencia, períodos de desorientación).
2. Mover al estudiante con cuidado sobre el piso. Aflojar el cuello y cualquier otra prenda de vestir apretada.
3. No restringir el movimiento. Mover muebles y retirar objetos cercanos al cuerpo del estudiante para evitar que se haga daño.
4. Colocar al estudiante de lado para que haya movimiento de la saliva, y mantener la vía respiratoria abierta.
5. No poner paletas para la lengua ni objetos en la boca.
6. Si la convulsión cesa, y el estudiante es capaz de caminar, ayudarlo a ir a la Oficina de Salud para descansar.
7. Si la convulsión tiene una duración de más de 5 minutos, llamar al 911, la enfermera escolar y los padres de familia.

- Metas:**
- ✓ Prevenir lesiones y aspiración durante las convulsiones.
 - ✓ Promover una autoestima positiva.
 - ✓ Enseñar la importancia y beneficio del plan de tratamiento.

Doy mi permiso, para que la información que contiene este Plan de Acción para el Cuidado de la Salud (*HCAP*, por sus siglas en inglés) se dé a conocer a los adultos de la escuela que trabajen con mi hijo/a, y necesiten estar informados acerca de esta condición. Este *HCAP* estará vigente durante un año, o hasta que cambie el estado de salud o las órdenes del profesional del cuidado de la salud. Es responsabilidad del padre o tutor legal notificar a la enfermera escolar cuando haya algún cambio en el estado de salud o el cuidado del estudiante.

Enfermera escolar _____ Fecha _____ Padres de familia/Tutor legal _____ Fecha _____ Profesional del cuidado de la salud _____ Fecha _____