

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Nombre de la enfermera: _____ Teléfono: _____
 Nombre del estudiante: _____ Año escolar: _____ Edad: _____
 Escuela: _____ Grado: _____ Salón: _____
 Nombre del padre/tutor: _____ Tel. (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Móvil): _____
 Otro contacto de emergencia: _____ Tel. (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Móvil): _____
 Neurólogo del menor: _____ Tel: _____ Ubicación: _____
 Dr. de atención primaria del menor: _____ Tel: _____ Ubicación: _____
 Historial médico o condiciones de salud relevantes: _____

INFORMACIÓN SOBRE LAS CONVULSIONES:

Tipo de convulsión Duración Frecuencia Descripción

<i>Tipo de convulsión</i>	<i>Duración</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Descripción</i>

Desencadenantes de convulsiones o señales de advertencia: _____

Reacciones después de experimentar una convulsión: _____

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO: (incluya los medicamentos diarios y de emergencia)

<i>¿Medicamento de emergencia? ✓</i>	<i>Medicamento</i>	<i>Dosis y horario de administración</i>	<i>Vía de administración</i>	<i>Efectos secundarios comunes e instrucciones especiales</i>

¿El menor tiene un **estimulador del nervio vago (VNS)**? **SÍ** **NO**

Si la respuesta es **SÍ**, describa el protocolo de uso del imán _____

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS: CUIDADO Y BIENESTAR:

Describe los procedimientos básicos de primeros auxilios: _____

¿Es necesario que la persona abandone la sala o el área después de una convulsión?

SÍ **NO**

Si la respuesta es **SÍ**, describa el proceso a seguir para regresar al lugar: _____

RESPUESTA DE EMERGENCIA:

Una "emergencia convulsiva" para esta persona se define como: _____

Protocolo ante una emergencia convulsiva: (marque todo lo que corresponda y explique abajo)

- Llamar al 911 para transportar a la persona a _____
- Informar a los padres o al contacto de emergencia
- Informar al doctor
- Administrar medicamentos de emergencia como se indica abajo
- Otro _____

Primeros auxilios básicos ante convulsiones:

- Mantenga la calma y registre el tiempo
 - Mantenga segura a la persona
 - No inmovilice a la persona
 - No le ponga nada en la boca
 - Quédese con la persona hasta que esté completamente consciente
 - Mantenga un registro de las convulsiones
- Para convulsiones tónico-clónicas (gran mal):**
- Proteja la cabeza de la persona
 - Mantenga las vías respiratorias abiertas/observe la respiración
 - Ponga a la persona de lado

Una convulsión se considera una emergencia cuando:

- Una crisis convulsiva (tonico-clónica) dura más de 5 minutos
- Se presentan convulsiones repetidas donde la persona no recupera el conocimiento
- Es primera vez que la persona presenta una convulsión
- La persona tiene una lesión o diabetes
- La persona tiene dificultades para respirar
- La convulsión se presenta en el agua

INFORMACIÓN SOBRE LAS CONVULSIONES:

1. ¿Cuándo le diagnosticaron la epilepsia a su hijo/a? _____
2. ¿Su hijo/a debe abandonar el salón después de una convulsión? **SÍ** **NO**
Si la respuesta es **SÍ**, describa el proceso a seguir para regresar a su hijo/a al salón de clases: _____
3. ¿Con qué frecuencia tiene convulsiones su hijo/a? _____
4. ¿Cuándo ocurrió la última convulsión de su hijo/a? _____
5. ¿Su hijo/a ha experimentado algún cambio reciente en el patrón de sus convulsiones? **SÍ** **NO**
Si la respuesta es **SÍ**, explique: _____
6. ¿De qué manera afectan otras enfermedades el control de las convulsiones de su hijo/a? _____
7. ¿Qué medicamento(s) deberá tomar su hijo/a durante el horario escolar? _____
8. ¿Alguno de estos medicamentos deben administrarse de forma especial? **SÍ** **NO**
Si la respuesta es **SÍ**, explique: _____
9. ¿Se debería supervisar alguna reacción en particular? **SÍ** **NO**
Si la respuesta es **SÍ**, explique: _____
10. ¿Qué debe hacerse si su hijo/a se salta una dosis? _____
11. ¿La escuela debería tener medicamento de reserva para administrar a su hijo/a cuando se salte una dosis?
SÍ **NO**
12. ¿Desea que lo llamemos antes de administrar a su hijo/a el medicamento de reserva para cubrir la dosis que no se tomó?

CONSIDERACIONES ESPECIALES Y PRECAUCIONES

Marque cualquier consideración especial relacionada con la epilepsia de su hijo para tener en cuenta en la escuela. (Marque las casillas que correspondan y describa el impacto de las convulsiones en el área seleccionada o el régimen de tratamiento de su hijo/a)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salud general: | <input type="checkbox"/> Educación física (gimnasia)/deportes: |
| <input type="checkbox"/> Funcionamiento físico: | <input type="checkbox"/> Receso: |
| <input type="checkbox"/> Aprendizaje: | <input type="checkbox"/> Excursiones: |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento: | <input type="checkbox"/> Transporte en bus: |
| <input type="checkbox"/> Estado de ánimo/afrontamiento: | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

TEMAS GENERALES RELACIONADOS CON LA COMUNICACIÓN

- ¿Cuál es la mejor forma para comunicarnos con usted sobre las convulsiones de su hijo/a? _____
- ¿El personal de la escuela tiene permiso para comunicarse con el médico de su hijo/a? **SÍ** **NO**
- ¿Podemos compartir esta información con el (los) maestro(s) del salón y otro(s) miembro(s) del personal escolar pertinente(s)? **SÍ** **NO**

Firma del padre: _____ Fecha: _____ Fechas de actualización _____, _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____