



PROTOCOLO DE CONVULSIONES

FECHA: _____

Estimado parente / tutor de: _____,

Por favor complete este formulario y devuélvalo a la enfermera de la escuela para que se pueda compartir un plan para ayudar a su hijo/a con el personal escolar apropiado. Tenga la seguridad de que el personal mantendrá esta información confidencial.

Fecha de la última convulsión: _____

¿Se requiere hospitalización? Sí No

Tipo de convulsión diagnosticada: _____

presentación de la convulsión: _____

longitud de la convulsión: _____

Que la causó (si se conoce): _____

Medicamento diario anticonvulsivo: Sí No Nombre: _____

medicinas para las convulsiones de emergencia: Sí No

Nombre: _____

(Sí medicinas para las convulsiones se necesita en escuela por favor complete el formulario de consentimiento al dorso).

El procedimiento habitual que se sigue en la escuela para un estudiante con convulsiones es:

- ❖ El personal proporcionará primeros auxilios básicos para las convulsiones según el plan de acción de emergencia específico del estudiante.
- ❖ Administración de medicamentos de emergencia (si el medicamento se proporciona para la escuela)
- ❖ Llame al 911
- ❖ Llame a los padres

Nombre del proveedor médico que trata las convulsiones:

**RECUERDE AVISAR A LA ESCUELA DE CAMBIOS EN LA DOSIS Y / O TIPO DE MEDICAMENTO,
CAMBIOS EN NÚMEROS DE TELÉFONO, DIRECCIÓN, PERSONAS DE CONTACTO
RESPONSABLES DE EMERGENCIA , PROVEEDOR MÉDICO.**

Comuníquese con la enfermera de su escuela si tiene preguntas.

Firma del parente: _____ Fecha: _____

