 **PROTOCOLO DE CONVULSIONES**

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estimado padre / 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? ꠛ Sí ꠛ No

Tipo de convulsion diagnosticada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presentación de la convulsión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

longitud de la convulsión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Que la causo (si se conoce): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamento diario anticonvulsivo: ꠛ Sí ꠛ No Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

medicinas para las convulsiones de emergencia: ꠛ Sí ꠛ 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 padre**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_