

<b>PLAN DE ACCIÓN PARA LAS CONVULSIONES</b>			Año escolar:	Foto
<b>Plan de atención médica individualizado simplificado (SIHP)/Plan de acción de emergencia (EAP)</b>			SMMO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah/Departamento de Educación del Estado de Utah				
<b>INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE</b>				
Estudiante:	Fecha de	Grado:	Escuela:	
Padre:	Teléfono:		Correo electrónico:	
Médico:	Teléfono:		Fax:	
Enfermera escolar:	Teléfono de la escuela:		Fax:	
Historial:				
<b>PLAN DE LA SECCIÓN 504</b>				
Los estudiantes con epilepsia o trastorno convulsivo también pueden necesitar un plan separado de la Sección 504 para proporcionar las adaptaciones necesarias para acceder a su educación.				
<b>INFORMACIÓN SOBRE LA CONVULSIÓN</b>				
Tipo de convulsión/Descripción		Duración	Frecuencia	
Desencadenantes de convulsiones o señales de advertencia:				
Información específica del estudiante:				
<b>CONSIDERACIONES ESPECIALES</b>				
Consideraciones y precauciones especiales (con respecto a actividades escolares, excursiones, deportes, etc.):				
<b>MEDICAMENTOS DE RESCATE DE EMERGENCIA PARA CONVULSIONES (Ver SMMO)</b>				
Persona que administrará el medicamento de rescate de convulsiones: <input type="checkbox"/> Enfermera escolar <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> EMS <input type="checkbox"/> Voluntario (especifique): <input type="checkbox"/> Otro (especifique):				
Adjunte la documentación de capacitación de los voluntarios				
Ubicación del medicamento de rescate de convulsiones (debe estar bajo llave pero accesible):				
<b>DISPOSITIVOS IMPLANTADOS</b>				
Este estudiante tiene el siguiente dispositivo:				
<input type="checkbox"/> Neuroestimulación Responsiva (RNS). No se requiere ninguna acción por parte del personal.				
<input type="checkbox"/> Estimulación cerebral profunda (DBS). No se requiere ninguna acción por parte del personal.				
<input type="checkbox"/> Estimulador del nervio vago (VNS)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ubicación del imán (en qué parte de la escuela):</li> <li>• Describa el uso del imán y la ubicación del dispositivo implantado:</li> </ul>				
Persona(s) capacitada(s) en el uso de imanes: <input type="checkbox"/> Enfermera escolar <input type="checkbox"/> Maestro <input type="checkbox"/> Ayudante <input type="checkbox"/> Voluntario (especifique): <input type="checkbox"/> Otro (especifique):				
Adjunte la documentación de capacitación de los voluntarios				
<b>CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA</b>				

Plan de acción para las convulsiones

<b>Nombre del estudiante:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Año escolar:</b>
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA LA CONVULSIÓN:</b> marque todos los comportamientos que se aplican al estudiante			
<b>Si observas esto:</b>		<b>Haz esto:</b>	
<input type="checkbox"/> Llanto o chillido repentino <input type="checkbox"/> Pérdida del control de los intestinos o la vejiga <input type="checkbox"/> Mirando fijamente <input type="checkbox"/> Movimiento ocular rítmico <input type="checkbox"/> Chupeteo de los labios <input type="checkbox"/> Ruidos de gorgoteo o gruñidos <input type="checkbox"/> Caerse <input type="checkbox"/> Rigidez o endurecido <input type="checkbox"/> Palizas o sacudidas <input type="checkbox"/> Cambio en la respiración <input type="checkbox"/> Color azul en los labios <input type="checkbox"/> Espuma de la boca <input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento <input type="checkbox"/> Otro (especifique):		<input type="checkbox"/> Mantén la calma y haz un seguimiento del tiempo <input type="checkbox"/> Informe los síntomas y la duración a los padres <input type="checkbox"/> Mantener seguro al estudiante <input type="checkbox"/> No restringir <input type="checkbox"/> Proteger la cabeza <input type="checkbox"/> Mantenga las vías respiratorias abiertas/vigile la respiración <input type="checkbox"/> Poner al estudiante de costado <input type="checkbox"/> No ponga nada en la boca <input type="checkbox"/> No le dé líquidos ni alimentos durante o inmediatamente después de la convulsión <input type="checkbox"/> Quédese con el estudiante hasta que esté completamente consciente <input type="checkbox"/> Asegúrese de que los síntomas se resuelvan antes de que el estudiante abandone el salón de clases <input type="checkbox"/> Pase el imán VNS (si corresponde) <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	
<b>Comportamiento esperado después de una convulsión</b>		<b>PROTOCOLO PARA LA CONVULSIÓN DE EMERGENCIA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cansancio</li> <li>▪ Debilidad</li> <li>▪ Durmido, difícil de despertar</li> <li>▪ Algo confundido</li> <li>▪ Respiración normal</li> <li>▪ Otro (especificar):</li> </ul> <b>Hacer un seguimiento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notificar a la enfermera de la escuela</li> <li>• Documentar observaciones</li> </ul>		<input type="checkbox"/> Llame a EMS en _____ minutos para el transporte a: hospital _____ <input type="checkbox"/> Llamar a los padres o contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos de emergencia y/u oxígeno como se indica en SMMO <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <b>Una convulsión generalmente se considera una emergencia cuando:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> La convulsión convulsiva (tónico-clónica) dura más de 5 minutos</li> <li><input type="checkbox"/> Convulsiones repetidas con o sin recuperación de la conciencia</li> <li><input type="checkbox"/> Las dificultades para respirar continúan después de la convulsión</li> <li><input type="checkbox"/> La incautación se produce en el agua.</li> </ul>	
<b>FIRMAS</b>			
Como padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, doy permiso para que el proveedor de atención médica de mi estudiante comparta información con la enfermera de la escuela para completar este plan de atención. Entiendo que la información contenida en este plan se compartirá con el personal de la escuela según sea necesario. Es responsabilidad del padre/tutor notificar a la enfermera escolar de cualquier cambio en el estado de salud del estudiante, atención u orden de medicación. Los padres/tutores son responsables de mantener los suministros, medicamentos y equipos necesarios.			
Nombre del padre (imprima):		Firma:	Fecha:
Nombre del contacto de emergencia:		Relación:	Teléfono:
<b>ENFERMERA ESCOLAR</b>			
Plan de acción de emergencia para convulsiones (este formulario) distribuido al personal que "necesita saber": <input type="checkbox"/> Recepción/administrador <input type="checkbox"/> Maestro(s) <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Otro (especifique):			
Firma de la Enfermera:			Fecha: