

Plan de acción para las crisis

Este/a estudiante está recibiendo tratamiento para un desorden convulsivo. La siguiente información le ayudará en caso que se presente una crisis durante el horario escolar.

Nombre del/de la estudiante:	Fecha de nacimiento:	
Padre/Madre /Guardián legal:	Teléfono:	Celular:
Otro contacto de emergencia:	Teléfono:	Celular:
Médico tratante:	Teléfono:	

Historia médica significativa:

Información de la crisis

Tipo de crisis	Duración	Frecuencia	Descripción

Lo que desencadena las crisis o señales de advertencia:

Reacción del estudiante después de una crisis:

Primeros auxilios básicos y manera de confortar al estudiante

Por favor describa los procedimientos a seguir para administrar primeros auxilios básicos:

¿Necesita el estudiante salir del salón después de una crisis? En caso de ser necesario, describa el proceso para regresar al estudiante al salón de clase: Sí No

Primeros auxilios básicos para una crisis

- Mantenga la calma y tome nota de la hora en que se inicia la convulsión
 - Mantenga al niño o niña seguro y a salvo
 - No lo/la sujete
 - No le ponga nada en la boca
 - Quédese con el niño o niña hasta que esté completamente consciente
 - Registre la convulsión en el registro de crisis.
- Para las convulsiones tónico-clónicas:**
- Proteja la cabeza
 - Mantenga abiertas las vías respiratorias/observe la respiración
 - Coloque al niño o niña de costado

Respuesta ante Emergencias

Una "emergencia de crisis convulsiva" para este/a estudiante se define como:

Protocolo de emergencia de crisis convulsiva (Marque todo lo que aplique y aclare debajo)

Contacte la enfermera escolar al _____

Llame al 911 para su transporte a _____

Notifique a los padres o al contacto de emergencia

Administre los medicamentos de emergencia según se indica abajo

Notifique al médico

Otro _____

Una convulsión generalmente se considera una emergencia cuando:

- Las convulsiones (tónico-clónicas) duran más de 5 minutos
- El/la estudiante tiene convulsiones que se repiten antes de que la persona recupere la consciencia completamente
- El estudiante está herido o tiene diabetes
- El estudiante presenta una convulsión por primera vez
- El estudiante tiene dificultades para respirar
- El estudiante tiene una convulsión mientras esta en el agua

Protocolo de tratamiento durante el horario escolar (incluya medicamentos diarios y medicamentos de emergencia)

Medicamentos de emergencia	Medicamentos	Dosis y hora del día en que fue administrado	Efectos secundarios comunes e instrucciones especiales

¿Tiene el estudiante un estimulador del nervio vago? Sí No Si sí, describa el uso de imán:

Consideraciones y precauciones especiales (con respecto a las actividades escolares, deportes, viajes, etc.)

Describa cualquier consideración o precaución especial:

Firma del médico: _____

Fecha: _____

Firma del Padre/Madre/Guardián legal: _____

Fecha: _____



Stronger Together

www.epilepsyfoundation.org/epilepsia

CUESTIONARIO PARA PADRES DE UN ESTUDIANTE CON CRISIS

Por favor complete todas las preguntas. Esta información es esencial para que la enfermera y el personal escolar puedan determinar las necesidades especiales de su estudiante y proveerle un ambiente de aprendizaje positivo y de apoyo. Si usted tiene alguna pregunta sobre cómo completar esta forma, por favor póngase en contacto con la enfermera escolar de su niño/a.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Nombre del Estudiante: _____ Año escolar: _____ Fecha de nacimiento: _____
Escuela: _____ Grado: _____ Salón: _____
Nombre del padre/Guardián: _____ Tel. (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Celular): _____
Otro contacto de emergencia: _____ Tel. (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Celular): _____
El neurólogo del/de la niño/a: _____ Tel.: _____ Dirección: _____
El médico de cuidados primarios del niño o niña.: _____ Tel.: _____ Dirección: _____
Eventos significativos dentro de su historia médica o condiciones de salud: _____

INFORMACIÓN SOBRE LAS CRISIS:

1. ¿Cuándo fue diagnosticado su niño/a con crisis epilépticas o epilepsia? _____

2. Tipo(s) de crisis:

Table with 4 columns: Tipo de crisis, Duración, Frecuencia, Descripción

3. ¿Que podría provoca una crisis en su niño/a? _____

4. ¿Se presenta alguna señal de advertencia y/o cambios en la conducta de su niño/a antes de que el ocurra una crisis? SI NO

Si respondió SÍ, por favor explique: _____

5. ¿Cuándo fue la última crisis de su niño/a? _____

6. ¿Ha habido algún cambio reciente en el patrón de comportamiento de las crisis de su niño/a? SI NO

Si respondió SI, por favor explique: _____

7. ¿Cómo reacciona su niño/a después de que termina una crisis? _____

8. ¿Cómo afectan las otras enfermedades el control de las crisis de su niño/a? _____

Primeros auxilios básicos para crisis:
- Mantenga la calma y note el tiempo que dura la crisis
- Mantenga al niño o niña a salvo
- No le inmovilice
- No le ponga nada en la boca
- Permanezca con el/ niño o niña hasta que esté totalmente consciente
- Documente las crisis
Para crisis tónico-clónicas (Gran mal):
- Proteja su cabeza
- Mantenga las vías respiratorias abiertas /observe la respiración
- Coloque al niño o niña de lado

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS: Cuidados y medidas para confortar al niño o niña

9. ¿Qué procedimientos de primeros auxilios básicos deben tomarse cuando su niño/a tiene una crisis en la escuela? _____

10. Después de una crisis ¿Necesita su niño/a salir del salón de clase? SI NO

Si respondió SI, ¿Qué proceso recomienda usted para regresar al niño o niña a su salón de clase?: _____

Generalmente una crisis se considera como una emergencia cuando:

- ✓ Un convulsión (tónico-clónica) dura más de 5 minutos
- ✓ El estudiante ha tenido crisis continuas sin recobrar la consciencia
- ✓ El estudiante tiene la crisis por primera vez
- ✓ El estudiante está herido o es diabético
- ✓ El estudiante tiene dificultades para respirar
- ✓ El estudiante tiene una crisis en el agua

EMERGENCIA EN CASO DE UNA CRISIS

11. Por favor describa qué es lo que constituye una emergencia para su niño/a (La respuesta puede requerir que consulte con el médico que trata al niño o niña y con la enfermera escolar.) _____

12. ¿Ha sido hospitalizado el niño o niña alguna vez debido a crisis continuas?

SI NO

Si respondió SI, por favor explique: _____

INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS PARA LAS CRISIS Y TRATAMIENTO

13. ¿Qué medicinas toma su niño/a?

Medicina	Fecha de inicio	Dosis	Frecuencia y hora en que se toma	Posibles efectos secundarios

14. ¿Qué medicinas de emergencia/o de rescate le han prescrito a su niño/a?

Medicina	Dosis	Instrucciones de administración (Horario* y método **)	Que hacer después de que la medicina es administrada:

* Después de la 2da. o 3er crisis, para crisis continuas, etc. **Por vía oral, bajo la lengua, o por vía rectal.

15. ¿Qué medicinas necesita tomar su niño/a durante las horas escolares? _____

16. ¿Deben administrarse algunas de estas medicinas de una manera especial? SI NO

Si respondió SI, por favor explique: _____

17. ¿Se debe estar pendiente de alguna reacción en particular? SI NO

Si respondió SI, por favor explique: _____

18. ¿Qué debe hacerse cuando su niño/a no toma alguna dosis del medicamento? _____

19. ¿Debe tener la escuela una dosis de medicina en reserva en caso de que el/la niño/a no tome una dosis? SI NO

20. ¿Desea usted que se le llame antes de que se le dé al niño o niña la medicina de reserva en caso de que no haya tomado una dosis? _____

21. ¿Tiene su niño/a un Estimulador del nervio vago? SI NO

Si respondió SI, por favor describa las instrucciones para el uso apropiado del imán: _____

CONSIDERACIONES Y PRECAUCIONES ESPECIALES

22. Marque todo lo que aplica y describa cualquier consideración o precauciones que deben tomarse:

- Salud general _____
- Funcionamiento físico _____
- Aprendizaje: _____
- Comportamiento: _____
- Estado de ánimo/adaptación: _____
- Otro: _____
- Educación física /deportes: _____
- Recreo: _____
- Viajes escolares: _____
- Transporte por autobús: _____

SOBRE LA COMUNICACIÓN

23. ¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted sobre las crisis de su niño/a? _____

24. ¿Nos permite compartir esta información con el maestro o maestra del salón de clase y otro personal apropiado de la escuela? SI NO

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____ Fecha en que fue actualizado: _____