

INFORMACIÓN Y PLAN DE EMERGENCIA EN CASO DE CONVULSIONES

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nac.: _____ Grado: _____ Salón: _____

Dirección: _____ Teléfono de Casa: _____

Nombre de la Madre: _____ Tel. del Trabajo: _____
Tel. Móvil: _____

Nombre del Padre: _____ Tel. del Trabajo: _____
Tel. Móvil: _____

Nombre del Doctor: _____ Tel. del Doctor: _____



Hospital: _____ Seguro Médico: _____ Póliza #: _____

Descripción de una convulsión usual: _____

¿Hay alguna señal previa a una convulsión? _____

Duración de una convulsión usual: _____ Frecuencia de las convulsiones: _____

Ultima convulsión: _____ ¿Cómo actúa su hijo después de una convulsión? _____

Tiempo que tarda en regresar a la normalidad: _____

Medicamento que toma su hijo: _____

¿Hay alguna actividad/situación que su hijo debe evitar? _____

Si su hijo tiene una convulsión, se debe hacer lo siguiente:

- 1) Llamar a la oficina para pedir ayuda.
- 2) Protegerlo para que no se lastime – poner algo suave debajo de su cabeza; alejar objetos (ej. escritorios, sillas, etc.) ponerlo de lado si su lengua se está yendo dentro de su garganta, o si ha aumentado la salivación; **NO PONGA NADA** en su boca o entre sus dientes.
- 3) Tome el tiempo de la convulsión (inicio y final), con exactitud. **INICIO:** ____ **TÉRMINO:** ____
- 4) **LA OFICINA DEBE LLAMAR AL 911, si la convulsión dura más de 5 min. (Llamar inmediatamente si no está respirando).**
- 5) Enviar al resto de la clase a otro salón o afuera.
- 6) Dar Resucitación Cardiopulmonar (CPR) si se necesita, después de que la convulsión terminó.

Otros asuntos que la escuela debe saber: _____

DOY MI AUTORIZACION PARA QUE ESTA INFORMACIÓN SEA COMPARTIDA CON EL PERSONAL ESCOLAR.

Firma del Padre/Madre: _____ Fecha: _____

Firma de la Enfermera Escolar: _____ Fecha: _____

Firma del Director: _____ Fecha: _____

Firma del Maestro: _____ Fecha: _____