

**Departamento de Salud del Condado de Mecklenburg  
Programa de Salud Escolar**

**PLAN DE ACCIÓN EN CASO DE EMERGENCIA DE UNA CONVULSIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Maestro principal: \_\_\_\_\_ Salón: \_\_\_\_\_ N° de ID del estudiante: \_\_\_\_\_

Padre de familia/tutor: \_\_\_\_\_ Tel. (Casa) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel. (Trabajo) \_\_\_\_\_

Padre de familia/Guardián: \_\_\_\_\_ Tel. (Casa) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel. (Trabajo) \_\_\_\_\_

Tel. de Contacto de Emergencia # 1 \_\_\_\_\_

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

Tel. de Contacto de Emergencia # 2 \_\_\_\_\_

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

Médico que está tratando al estudiante por las convulsiones: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Otro Médico: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**PLAN DE EMERGENCIA**

(Llene las líneas en blanco, tache y ponga sus iniciales en los pasos a seguir que no sean necesarios para éste estudiante)

Es necesario responder de forma urgente cuando el estudiante tiene los siguientes síntomas: \_\_\_\_\_

**Pasos a seguir durante una convulsión:**

1. Quédese con el estudiante durante y después de la convulsión. Preste atención a la duración de la convulsión y al tipo de movimiento del cuerpo durante el episodio de la convulsión.
2. Ayude a que el estudiante se acueste si pierde el conocimiento. Si usa lentes, quíteselos y afloje la ropa alrededor del cuello.
3. Póngalo de costado tan pronto sea posible.
4. Limpie el área alrededor del niño/a para prevenir lesión, saque a los demás estudiantes fuera del área si es posible.
5. **NO CONTENGA EL MOVIMIENTO O PONGA ALGO EN LA BOCA.**
6. Vigile la respiración y comience a dar respiración artificial si la respiración no comienza de nuevo espontáneamente.
7. Llame al 911 si la convulsión dura más de 5 minutos, si el estudiante tiene una convulsión tras otra sin despertarse o hay señales de mucha lesión o dificultades físicas/respiratorias. En caso que se haya llama al 911, llévelo al Hospital \_\_\_\_\_.
8. Cuando termine una convulsión, permita que el niño/a descanse y siempre notifique a los padres de familia/tutores.
9. Notifique a la enfermera de la escuela.

Otras instrucciones para este estudiante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Plan Diario para Control de Convulsiones:

1. ¿Qué tipo de convulsiones tiene su hijo/a y con qué frecuencia ocurren? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de la última convulsión: \_\_\_\_\_

2. Describa los síntomas de su hijo/a durante y después de un episodio de convulsión \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Tiene su hijo/a un aura (síntoma especial) o aviso de que va a tener una convulsión? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Puede él/ella avisar a alguien que va a tener una convulsión? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

4. Nombre de los medicamentos que toma rutinariamente. ¿Que tan frecuente y cuanto?

En la casa: \_\_\_\_\_

En la escuela: \_\_\_\_\_

5. ¿Experimenta su hijo/a algún efecto secundario a causa de estos medicamentos? Indique en una

lista: \_\_\_\_\_

6. ¿Hay algún deporte/actividad en el cual su hijo NO puede participar? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\* POR FAVOR TOME ENCUESTA: Si tiene que tomar medicamentos durante horas de clases, el padre de familia y el médico tienen que llenar un formulario de autorización de medicamentos y éste debe de ser archivado en la escuela.**

Firma del padre de familia/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Parent/Guardian Signature* *Date*

Firma de la enfermera de la escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*School Nurse Signature* *Date*

Esta información será compartida con el personal apropiado de la escuela a no ser que usted indique lo contrario.