

# Formulario de Plan de Manejo y Tratamiento de Convulsiones



Este formulario ha sido diseñado para ayudar a crear un plan para el manejo de convulsiones de un estudiante. Este formulario debe de ser completado por el padre o guardián del estudiante conjunto con el médico que está proveyendo el tratamiento. Una vez completado debe de ser compartido con la enfermera de la escuela o el personal apropiado.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia/relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Información Acerca de las Convulsiones

Tipo de convulsión	Duración (Cuánto tiempo transcurre)	Frecuencia (Cuántas veces ocurre)	Qué sucede durante la convulsión

## Causas o Señales Conocidas de las Convulsiones

- Falta de medicina
  - Estrés emocional
  - Falta de sueño
  - Estrés físico
  - Luces intermitentes
  - Falta de comida
  - Alcohol/Drogas
  - Enfermedades con fiebre alta
  - Ciclo menstrual
  - Otro: \_\_\_\_\_
  - Reacción a una comida en específico o exceso de cafeína.
- Especifiqué: \_\_\_\_\_

## VNS/Dispositivos

Dispositivos: VNS  RNS  DBS

Fecha de implantación: \_\_\_\_\_

Uso de imanes/Instrucciones: \_\_\_\_\_

### Proveer primeros auxilios básicos durante una convulsión

- **Mantenga** la calma, manténgase calmado y tome el tiempo que dure la convulsión
- Mantenga al estudiante **Seguro:** retire del alrededor objetos peligrosos, no trate de sujetarle y proteja la cabeza
- Voltee al estudiante hacia un **lado**, esto le ayudara a respirar, no ponga objetos en la boca
- **Permanezca** con el estudiante hasta que se haya recuperado
- **Intercambie** los imanes por VNS
- Escriba lo que sucedió durante la convulsión
- Otro: \_\_\_\_\_

### Cuando llamar al 911 - Una convulsión de emergencia

- Una convulsión que causa pérdida de la consciencia por más de 5 minutos y que no responde al medicamento de emergencia disponible
- Convulsiones repetidas que duran más de 10 minutos, sin mejoramiento entre estas y el estudiante no responde al medicamento de emergencia
- Dificultad con la respiración después de la convulsión
- Incurrió en una lesión seria o se sospecha de una; una convulsión en el agua

### Cuando llamar primero al doctor del estudiante

- Hay un cambio en el tipo de convulsión, números o patrón
- El estudiante no regresa a un comportamiento usual (es decir, confundido por un largo periodo)
- Es la primera vez que tiene una convulsión que termina sola
- Otros problemas médicos o un embarazo que requieren ser revisado

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Protocolo de convulsiones de emergencia que el personal del distrito debe de seguir

- Administrar medicamentos de emergencia
- Contactar la enfermera de la escuela: \_\_\_\_\_
- Llamar al 911; transportado a \_\_\_\_\_
- Notificar al padre o guardián, el contacto de emergencia o al doctor
- Otro: \_\_\_\_\_

### Cuándo y Qué Hacer Cuando se Necesita Una Terapia de Rescate

Si la convulsión (grupo, número o duración): \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento/Rx: \_\_\_\_\_

Cuánto se le debe dar (dosis): \_\_\_\_\_

Cómo se le debe dar: \_\_\_\_\_

Si la convulsión (grupo, número o duración): \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento/Rx: \_\_\_\_\_

Cuánto se le debe dar (dosis): \_\_\_\_\_

Cómo se le debe dar: \_\_\_\_\_

### Respuesta y cuidado del estudiante después de una convulsión

¿Qué tipo de ayuda es necesario? \_\_\_\_\_

¿Cuándo el estudiante puede regresar a las actividades como es usual? \_\_\_\_\_

¿Es necesario que el estudiante abandone el salón de clases? Si No

Si la respuesta es Si, ¿cuándo puede el estudiante regresar al salón de clases? \_\_\_\_\_

¿Puede el estudiante manejar y comprender sus convulsiones? Si No

### Instrucciones Especiales

Personal de emergencia: \_\_\_\_\_

Departamento de emergencia: \_\_\_\_\_

### Medicamento Diario Para el Control de Convulsiones

Nombre del medicamento	Dosis	Tiempo a Dar	Efectos secundarios comunes	Instrucciones especiales

### Otra Información

Historial médico importante: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirugía de Epilepsia (tipo, fecha, efectos secundarios): \_\_\_\_\_

Dieta terapéutica: Cetogénico Bajo Índice Glucémico Atkins Modificado Otro: \_\_\_\_\_

Consideraciones especiales, instrucciones o precauciones (es decir, pasadías escolares, actividades, deportes, etc.): \_\_\_\_\_

### Contacto del Cuidado de la Salud

Proveedor de epilepsia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedor primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital preferido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del padre o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor de epilepsia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_