

Wayne County Schools Career Center

518 West Prospect Street-Smithville-Ohio-44667-Phone-330-669-7011-Fax-330-669-7001

PLAN DE ACCIÓN CONTRA LAS CONVULSIONES

Este estudiante está siendo tratado por un trastorno convulsivo. La siguiente información debe ayudarlo si se produce una convulsión durante el horario escolar.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO.:** _____ **GRADO:** _____

CALLE: _____ **CIUDAD:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

Médico _____ **Teléfono:** _____

CONTACTO PRIMARIO

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR:

TELEFONO #: CELULAR: _____

NUMERO DE CASA: _____

NUMERO DEL TRABAJO: _____

CONTACTO SECUNDARIO

NOMBRE: _____

RELACION: _____

TELEFONO#: CELULAR: _____

DE CASA: - _____

DE TRABAJO: _____

INFORMACIÓN DE LOS CONVULSIONES:

Clase de convulsión	Plazo del tiempo la convulsión	Frecuencia	Descripción

Desencadenantes de convulsiones o señales de advertencia:

Reacción física del estudiante después de una convulsión:

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS: CUIDADO PARA ACOMODARLOS

Sírvase describir los procedimientos básicos de primeros auxilios:

¿El estudiante necesita salir del salón de clases después de una convulsión?

___ SI

___ NO

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS PARA LAS CONVULSIONES

- Mantener la calma & anote el tiempo
- Mantenga a los niños seguros
- No tocar al estudiante durante convulsión
- No ponga nada en la boca
- Permanecer con el niño hasta que esté completamente consciente
- Anote la convulsión en el registro

En caso afirmativo, describa el proceso para devolver al estudiante al salón de clases		PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS PARA CONVULSIONES	
Fecha/gravedad de la última convulsión:			
PROTOCOLO DE EMERGENCIA		UNA CONVULSIÓN GENERALMENTE SE CONSIDERA UNA EMERGENCIA CUANDO:	
Una "emergencia convulsiva" para este estudiante se define como: _____ _____ _____ _____	Protocolo de emergencia para convulsiones (Marque todo lo que corresponda y aclare a continuación) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Contactar con la enfermera de la escuela en ext 1110 <input type="checkbox"/> Llame al 911 para Hospital de Wooster o Dunlap <input type="checkbox"/> Notificar al padre o al contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos de emergencia como indicado a continuación <input type="checkbox"/> Notificar al médico <input type="checkbox"/> Otro _____ 		
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DURANTE EL HORARIO ESCOLAR/EXCURSIONES (INCLUYE MEDICAMENTOS DIARIOS Y DE EMERGENCIA)			
Pon una X para Emerg. Med.	Medicación	Dosis & Hora del día Dada	Efectos secundarios comunes & instrucciones especiales
CONSIDERACIONES Y PRECAUCIONES ESPECIALES (REGARDING SCHOOL ACTIVITIES, SPORTS, TRIPS, ETC.)			

Acuerdo:

- Solicito permiso para que mi hijo nombrado anteriormente reciba medicamentos de acuerdo con este plan de acción. Asumiré la responsabilidad de la entrega segura de la medicación/medicamento a la escuela. El medicamento, pero ser llevado a la escuela en el recipiente en el que fue dispensado por el prescriptor o farmacéutico con licencia.
- Notificaré a la escuela inmediatamente si hay algún cambio en el uso del medicamento o tratamiento prescrito. Un plan de acción revisado deberá estar en el archivo firmado por el prescriptor.
- Libero y acepto mantener a la Junta de Educación, son funcionarios, y sus empleados indemne de cualquier responsabilidad previsible o imprevisible por daños o lesiones resultantes directa o indirectamente de esta autorización

FIRMAS: Representar el acuerdo con la información y el plan de acción anteriores

PADRE/TUTOR LEGAL: _____ FECHA: _____

LICENSED PRESCRIBER: _____ DATE: _____

SCHOOL NURSE: _____ DATE: _____