

**Distrito Escolar Independiente de McKinney**  
Servicios Escolares de la Salud  
**Plan para el manejo y tratamiento de convulsiones**

Foto  
(opcional)

Esta información es válida durante el año escolar \_\_\_\_\_ solamente.

El personal del equipo del cuidado de la salud del estudiante y el padre/tutor legal deben completar este plan. El plan será revisado por el personal escolar relevante y se mantendrán copias en la clínica.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Grado: \_\_\_\_\_ # de Ident. \_\_\_\_\_ Maestra/o del Salón Hogar: \_\_\_\_\_  
¿Cómo se traslada su niño/a hasta y desde la escuela?    Coche    Camina    Autobús #    Otro

**Información de contacto**

Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono: Hogar \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_  
Teléfono: Hogar \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

**Médico/Proveedor de servicios de salud del estudiante:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Número de emergencia: \_\_\_\_\_

**Otros contactos de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono: Hogar \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

**Indicaciones y síntomas de convulsiones**

Fecha de la diagnosis de convulsiones: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de convulsión(es) tiene su niño/a? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia ocurren las convulsiones? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde la última convulsión? \_\_\_\_\_

¿Experimenta

## Plan para el manejo de convulsiones

Plan para el manejo de convulsiones (continuación)

4. Piel o labios pálidos o azulados de un modo anormal y continuado o respiración ruidosa después de haber cesado la convulsión.

**CUANDO HAYA TERMINADO LA CONVULSION:**

- 1. Reoriente y tranquilice al estudiante.
  - a. Ayúdele a cambiarse de ropa, de ser necesario.
  - b. Permita que el estudiante duerma, si lo desea, después de la convulsión.
  - c. Permita que el estudiante coma, si lo desea, una vez esté totalmente alerta y orientado/a.
- 2. Un/a estudiante que se está recuperando de una convulsión generalizada puede manifestar conducta anormal, tal como hablar incoherentemente, impaciencia extrema y confusión. Esto puede durar desde cinco minutos hasta horas.
- 3. Infórmele inmediatamente al padre sobre la convulsión telefónicamente si:
  - a. La convulsión es diferente a otras del tipo o frecuencia usual o no ha ocurrido en la escuela durante el pasado mes.
  - b. La convulsión llena los requisitos para la llamada de emergencia al 911.
  - c. -60 minutos.

4. Anote la convulsión en el Expediente de Actividad de Convulsiones.

**Contactos de emergencia:**

La Enfermera/Coordinadora de los Servicios de Salud hará los arreglos para el cuidado del estudiante que sufre de convulsiones si la enfermera escolar está ausente.

**Notifique a los padres/tutores legales o contacto de emergencia en las siguientes situaciones:**

\_\_\_\_\_

**Declaración del médico**

\_\_\_\_ Yo he revisado este plan para el cuidado especializado y  
\_\_\_\_ Lo apruebo según está redactado

\_\_\_\_ Lo apruebo con las siguientes modificaciones: \_\_\_\_\_

Nombre del médico en letra de molde	Firma del médico	Fecha
# de Teléfono _____	Número del Fax: _____	

Yo comprendo que si en algún momento un adulto que esté supervisando a mi hijo/a crea que la vida de él/ella está en peligro los Servicios de Emergencia Médica (911) serán activados, y yo estoy de acuerdo que mi seguro médico o yo asumiremos la responsabilidad por todos los gastos que se incurran como resultado. Yo pido que esta medicación será dada por un/una empleado/a de la escuela. Yo comprendo que el Buró de la Administración del Distrito Escolar y los/as empleados/as del distrito no se hacen responsables de los daños o lesiones resultantes de la administración resinistración resinistrinisresiniNle(u)4(e)19( )-5(e)4(s)7(t)-51/Lang (es-ES)BDC BT/22 Tresa.

Plan para el manejo de convulsiones (*continuación*)

**Hoja de información de las condiciones de salud**

(Para uso general del personal, copiar y distribuir según sea necesario)

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

Condición \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_

Nombres de los padres \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Empleador