

Plan de Acción en Caso de un Ataque

Fecha: _____

Este alumno está bajo tratamiento debido a un desorden convulsivo. La siguiente información le ayudará en caso de que ocurra un ataque durante las horas de escuela.

Nombre del estudiante: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Padre/Tutor: _____	Tel. _____ Cel. _____
Otro número de emergencia: _____	Tel. _____ Cel. _____

Doctor encargado: _____

Historia médica de importancia: _____

Información sobre el ataque			
Tipo de Ataque	Duración	Frecuencia	Descripción

Señales de alerta y causas de un ataque: _____ Reacción del Estudiante después de un Ataque: _____

Primeros Auxilios: Cuidado y Apoyo

Por favor describa los pasos básicos de los primeros auxilios: _____

Es necesario que el alumno salga del salón de clase después de un ataque? Si No

Si su respuesta es SI describa el proceso de re-integración del alumno a la clase: _____

Primeros Auxilios Básicos en un Ataque

- Cállese y tome el tiempo
- Proteja al niño/a
- No lo sujete
- No ponga nada en su boca
- Quédese con el hasta que recupere su consciencia completamente.
- Haga constar el ataque en el registro

Para ataques Tónico-clónicos

- Proteja su cabeza
- Mantenga la ventilación abierta/controla la respiración.
- Coloque al niño/a de lado.

Generalmente un ataque se considera una emergencia cuando el/la estudiante:

- Tiene un ataque convulsivo que dura más de cinco minutos.
- Tiene ataques recurrentes sin recuperar la consciencia.
- Esta herido/a o tiene diabetes
- Tiene un ataque por primera vez
- Tiene un ataque en el agua.

Reacción Emergente

Para este estudiante una emergencia se define como: _____

Protocolo de Emergencia en un Ataque
(Revise todo lo señalado y explique porque)

Enfermera de la Escuela _____

Llame al 911 _____

Comunicarse con los padres o número de emergencia

Suministrar medicina como se indica a continuación

Notificar al médico

Otro _____

Tratamiento Durante las horas de escuela (Incluyendo medicamentos diarios y de emergencia)

Med. <input checked="" type="checkbox"/> Emerg.	Medicamento	Dosis y Hora Su-ministrada	Efectos secundarios comunes e Instrucciones Especiales

Tiene el estudiante un Estimulador del nervio vago? Si No Si su respuesta es SI, explique el uso del imán _____

Consideraciones y Precauciones Especiales (Referente a las actividades de la escuela, deportes, paseos, etc.)

Describa cualquier consideración o cuidado especial:

Firma del Doctor: _____ Fecha: _____

Firma del Padre de Familia o Tutor: _____ Fecha: _____

Este documento ayudará a familias y escuelas a actuar de una manera apropiada en caso de un ataque. Este documento debe ser llenado por el padre o tutor del niño/a con epilepsia y su médico. El documento original en inglés fue creado por la Fundación Nacional de Epilepsia y la versión en español fue traducida por el personal de la Fundación para la Epilepsia del Norte de California.

Este material fue desarrollado con la ayuda financiera del Instituto federal de Salud del Niño y la Madre, Servicios de Salud y Fuentes Administrativas bajo concesión #H98MCO3905, recaudado para ayudar a USC, UCEDD, El Hospital de Niños de Los Angeles, Proyecto de Acceso: para Niños con Epilepsia. También contamos con dos socios en Proyecto de Acceso: La iniciativa Nacional para la Calidad de la Salud de los Niños (NICHQ), concesión #U23MCO38893, y la Fundación para la Epilepsia, concesión #U23MCO3909.

