



Entregue el formulario completado a:
JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL
 Jefferson County Public Schools,
 Health Services Department, LAM Building
 4309 Bishop Lane, Louisville, KY 40218
 Telephone # (502) 485-3387
 Fax # (502) 485-3670

**PLAN DE SALUD ESCOLAR
 CONVULSIONES**

Año escolar:

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA
 3156559666

Por favor escriba claramente.

PARTE A Padre/madre/tutor: Complete los puntos 1 a 11

1) N° de ID del estudiante <input type="text"/>	2) Apellido del estudiante <input type="text"/>	3) Nombre del estudiante <input type="text"/>	4) Fecha de nacimiento <input type="text"/>
5) Escuela <input type="text"/>		6) Grado <input type="text"/>	

Nombre del padre/madre/tutor e información de contacto

7) Nombre <input type="text"/>	8) Número de teléfono () - <input type="text"/>	9) Dirección postal, Ciudad, Estado, código Zip <input type="text"/>
10) Persona de contacto para emergencias <input type="text"/>		() - <input type="text"/>

11) **Nota al padre/madre/tutor:** Al firmar este formulario usted libera a la Junta de educación del Condado de Jefferson (Jefferson County Board of Education) y sus empleados de cualquier responsabilidad que pueda derivarse de este plan de acción. Este formulario no exime de responsabilidad a la escuela o a sus empleados por su propia negligencia. Además, por la presente doy mi permiso para que el proveedor de atención de salud complete y firme este formulario para intercambiar información con el personal de JCPS respecto a esta afección de salud. Reconozco y acepto que cuando autorizo a mi hijo a asistir a una excursión organizada por la escuela, estos medicamentos y/o servicios de salud también podrán ser provistos por un voluntario con licencia.

Padres tengan en cuenta: La escuela debe tener un formulario de autorización de receta en el expediente para que se puedan dar medicamentos en la escuela

Firma del PADRE/MADRE/TUTOR <input checked="" type="checkbox"/>	NÚMERO DE TELÉFONO () - <input type="text"/>	FECHA <input type="text"/>
--	--	-------------------------------

PARTE B COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE SALUD SOLAMENTE: Complete los puntos 12 a 15

12) Información de convulsiones

Tipo de convulsión	Duración	Frecuencia	Descripción

Desencadenantes/signos de advertencia de convulsiones: Respuesta del estudiante después de una convulsión:

13) Primeros auxilios básicos: Cuidado y comodidad

<ul style="list-style-type: none"> Mantener la calma y medir el tiempo Mantener seguro al estudiante (proteger la cabeza, mantener abiertas las vías respiratorias/observar la respiración, poner de lado) No restringirlo ni ponerle nada en la boca Acompañar al estudiante hasta que esté totalmente consciente Documentar los hallazgos de la convulsión 	<p>En general, una convulsión se considera una emergencia cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> La crisis convulsiva (tónico-clónica) dura más de 5 minutos El estudiante sufre convulsiones repetidas sin recuperar la conciencia El estudiante está lesionado o tiene diabetes El estudiante tiene una convulsión por primera vez 	<p>Protocolo de emergencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cronometrar la convulsión Ayudar a poner al estudiante en el suelo si está de pie; si está en una silla de ruedas, bloquear la silla y proteger la cabeza Eliminar elementos peligrosos, ponerlos a un lado Usar medicamentos/tratamientos de emergencia si se ordena en base al plan Llamar al persona de primeros auxilios (CPR) y llamar al 911 si pasan más de 5 minutos o se usan medicamentos de emergencia
---	--	---

14) Protocolo de tratamiento durante el horario escolar (incluye medicamentos diarios y de emergencia)

Medicamentos de EMERGENCIA	Medicamentos	Dosis y hora de administración	Efectos secundarios comunes e instrucciones especiales

¿Tiene el estudiante un VNS (estimulador del nervio vago)? Si respondió que sí, describa el uso de imanes a continuación:
 Sí NO

15) **Información del proveedor de atención de salud** El formulario debe ser firmado por un proveedor de atención de salud y el padre/madre/tutor

Firma del proveedor de atención de salud <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/>	Sello del consultorio médico (necesario para el procesamiento)
Nombre en letra imprenta del proveedor de atención de salud <input type="text"/>		