



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

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL

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	2) Apellido del estudiante	3) Nombre del estudiante	4) Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5) Escuela	6) Grado
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre del padre/madre/tutor e información de contacto

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

NÚMERO DE TELÉFONO

FECHA

( ) -

**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:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

Fecha

Sello del consultorio médico (necesario para el procesamiento)

Nombre en letra impresa del proveedor de atención de salud