

# PLAN DE ACCIÓN PARA \_\_\_\_\_ (NAME) EN CASO DE CONVULSIONES EN LA ESCUELA



Inserte la Foto  
del Estudiante

## ACERCA DE

Nombre	Fecha de Nacimiento
Nombre del Médico	Teléfono
Nombre de un Contacto en Caso de Emergencia	Teléfono
Nombre de un Contacto en Caso de Emergencia	Teléfono
Tipo/Nombre de la Convulsión: _____	
Qué Ocurre: _____	
Cuánto Dura: _____	
Con Cuánta Frecuencia: _____	

### Desencadenantes de la Convulsión:

- Omitir el Medicamento     Falta de Sueño     Tensión Emocional     Tensión Física     Omitir Comidas  
 Alcohol/Drogas     Luces Parpadeantes     Ciclo Menstrual     Enfermedad con Fiebre Alta  
 Respuesta a Alimentos Específicos o Exceso de Cafeína    Especifique: \_\_\_\_\_  
 Otro    Especifique: \_\_\_\_\_

## PLAN DE TRATAMIENTO DIARIO

### Medicamento(s) para las Convulsiones

Nombre	Cuánto	Con Cuánta Frecuencia / Cuándo

**Tratamiento/Cuidados Adicionales:** (p. ej.: dieta, sueño, dispositivos, etc.)

--



### PRECAUCIÓN – TRATAMIENTO INTENSIFICADO

Los síntomas que señalan una convulsión pueden estar en proceso y es posible que necesite tratamiento adicional:

- Dolor de Cabeza     Episodios de Mirada Fija     Confusión     Mareos     Cambio en la Visión/Auras  
 Sentimiento Repentino de Miedo o Ansiedad     Otro    Especifique: \_\_\_\_\_

### Tratamiento Adicional:

- Continúe el Plan de Tratamiento Diario
- Si se omitió el medicamento, administre la dosis recetada anteriormente tan pronto como sea posible.
  - No administre una dosis doble ni administre medicamentos con menos de 6 horas de separación.
- Cambiar a: \_\_\_\_\_    Cuánto: \_\_\_\_\_    Con Cuánta Frecuencia/Cuándo: \_\_\_\_\_
- Añadir: \_\_\_\_\_    Cuánto: \_\_\_\_\_    Con Cuánta Frecuencia/Cuándo: \_\_\_\_\_
- Otros Tratamientos/Cuidados (es decir: sueño, dispositivos): \_\_\_\_\_

# PLAN DE ACCIÓN EN CASO DE CONVULSIONES EN LA ESCUELA

## PELIGRO – OBTENGA AYUDA AHORA

### Siga los Primeros Auxilios al Dorso en Caso de Convulsión

Comuníquese con la Enfermera de la Escuela o un Adulto capacitado en medicamentos de rescate:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Registre la Duración y el tiempo de cada convulsión

Llame al 911 si:

- El estudiante tiene convulsiones que duran más de \_\_\_\_ minutos
- El estudiante está lesionado o tiene diabetes
- El estudiante tiene convulsiones repetidas sin recuperar el conocimiento
- El estudiante tiene dificultad para respirar

**Cuando el personal de servicios de emergencia médica llegue, un proveedor de atención médica realizará una evaluación individual para determinar cuáles son los pasos siguientes adecuados.**

### Terapia de Rescate:

Terapia de rescate de acuerdo con las indicaciones del médico:

## RECUPERACIÓN POSTERIOR A LA CONVULSIÓN

### Conductas/Necesidades Típicas Después de la Convulsión:

- Dolor de Cabeza       Somnolencia/Sueño       Náusea       Agresión       Confusión/Caminar Errante  
 Mirada Inexpresiva       Otro Especifique: \_\_\_\_\_

Revisado/Aprobado por:

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## PRIMEROS AUXILIOS EN CASO DE CONVULSIÓN



Image adapted with permission from the Epilepsy Foundation of America

**CONOZCA MÁS Y DESCARGUE UNA VERSIÓN DE ESTE PLAN DE ACCIÓN EN:**



[childneurologyfoundation.org/sudep](http://childneurologyfoundation.org/sudep)



[dannydid.org](http://dannydid.org)



**EPILEPSY  
FOUNDATION**  
SUDEP INSTITUTE

[epilepsy.com/sudep-institute](http://epilepsy.com/sudep-institute)