



Bay District Schools



Plan de Manejo de Convulsiones para el Año Escolar 2024-2025

Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	ID del Estudiante:	Grado:
Padre/Tutor #1:	Cell #:	Casa #:	Trabajo #:
Padre/Guardian #2:	Cell #:	Casa #:	Trabajo #:
Proveedor de Atención Medica:	Teléfono #:	Fax #:	

Hospital Preferido:

Alergias Si No – Si es si listar las alergias:

I. PLAN DE ACCION – A Completar por el Medico:

Diagnóstico/Condición para la que se administrará el fármaco: _____ Tipo de Convulsion: _____

Medicamentos Recetados: _____

Medicamentos Recetados para la Escuela: _____

Intinerario de Administración: _____ Cantidad de Dosis: _____

Frecuencia/Hora (s) de Administración: _____

Tenga en cuenta los posibles efectos secundarios: _____

¿Es el medicamento una sustancia controlada? Si No Fecha en que se discontinuará (si corresponde): _____

Tratamiento Médico Prescrito (Inicial si Corresponde)

_____ Estimulador del Nervio Vagal: Deslizar con imán al inicio de la convulsión. Puede repetir cada _____ minutos según sea necesario.
 inicial Al estudiante se le permite llevar VNS en persona mientras está en la escuela. Si No
 Si es "sí", Por la presente afirmo que este estudiante ha sido instruido sobre la autoadministración adecuada del imán VNS. Si No

_____ Diastat _____mg: Administración por via rectal: al inicio de la convulsión _____

_____ Aerosol Nasal de Dosis Única: Nayzilam/Valtoco _____mg: Midazolam/Neyzilam _____mg

_____ Administrar por via intranasal en una fosa nasal al inicio de la convulsión _____

Plan de Acción para el Manejo de Convulsiones:

- Confirme la convulsión, anote la hora de inicio, notifique al personal de la escuela, activar el 911, si corresponde.
- Proporcionar Primeros Auxilios.
- Reúna, prepare y administre medicamentos de rescate o iman VNS, si se prescribe.
- **Eventos convulsivos que no requieren respuesta al 911:** Despues de la convulsion, permita que el estudiante descanse hasta que pueda regresar a clase o los padres lleguen para llevarselo a casa.

- **Llamadas al 911:** La administración de Diastat o aerosol intranasal, convulsiones > _____ minutos y convulsiones consecutivas; permanecer con el estudiante, monitorear la actividad de las convulsiones y continuar monitoreando el ABC hasta que llegue el EMS Inicie la RCP, si está indicado.

Nombre del Medico: _____ Teléfono del Medico: _____ Fax: _____

Firma del Medico: _____ Fecha: _____

II. PERMISO DE LOS PADRES: Debe ser Completado por el Padre/Guardian

Por la presente autorizo al proveedor de atención médica antes mencionado y al personal de Bay District Schools, las escuelas Charter y PanCare of Florida, Inc. a divulgar recíprocamente información de salud del estudiante verbal, escrita, enviada por fax o electrónica con respecto al niño mencionado anteriormente por administrar los medicamentos necesarios o tratamiento en la escuela. Entiendo que Bay District Schools, las escuelas Charter y PanCare protegen y aseguran la privacidad de la información de salud y educación de los estudiantes según lo requieren las leyes federales y estatales y en todas las formas de registros, incluidos, entre otros, los que son orales, escritos, enviado por fax o electrónico. Solicito que mi hijo sea ayudado a tomar el medicamento o el tratamiento descrito anteriormente en la escuela por personas autorizadas según lo permitido por mí y mi médico. Entiendo que todos los procedimientos se implementarán de acuerdo con las leyes y regulaciones del estado de Florida y pueden ser realizados por personal escolar designado sin licencia (Estatuto de FL 1006.062) bajo la capacitación brindada por la enfermera de la escuela.

Se entiende que no habrá responsabilidad por daños civiles como resultado de la administración del medicamento cuando la persona que administra el medicamento actúa como una persona normalmente razonablemente prudente habría actuado en las mismas circunstancias o en circunstancias similares. Todo medicamento DEBE ser traído a la escuela por un adulto responsable en el envase original. Si es posible, la primera dosis de cualquier nuevo medicamento anticonvulsivo debe administrarse en un entorno médico controlado. Las órdenes de medicamentos DEBEN ser renovadas por el médico tratante y esta autorización debe ser firmada por el padre o tutor al comienzo de cada año escolar.

Firma del Padre/Guardian _____ Fecha: _____ Teléfono: _____