



**DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION**  
**255 EPPERLE LANE**  
**AUBURN, CA 95603**  
**TELÉFONO 530.885.7242 FAX 530.885.5170**

# INFORMACIÓN DE CONVULSIONES

Estimado Padre/Tutor:

Complete las siguientes preguntas. Esta información es esencial para que la enfermera del distrito y el personal escolar determinen las necesidades especiales de su hijo y brinden un ambiente de aprendizaje positivo y de apoyo. Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, comuníquese con Jenny Serrano, enfermera de distrito (jserrano@auburn.k12.ca.us)

Información del estudiante		
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Año Escolar:
Escuela:	Grado:	
Neuróloga del estudiante:		
Médico de Atención Primaria del estudiante:		

Información de convulsiones			
¿Qué edad tenía su hijo/a cuando tuvo su primera convulsión _____			
¿Cuándo fue diagnosticado por primera vez su hijo/a con ataques de epilepsia? _____			
Por favor describa las convulsiones de su hijo/a:			
Tipo de convulsión	Duración	Frecuencia	Descripción

● ¿Qué podría desencadenar una convulsión en su hijo/a? \_\_\_\_\_

● ¿Existen advertencias o cambios de comportamiento antes de que ocurra la convulsión?  Sí  No

Si es así, por favor explíquelo:

\_\_\_\_\_

● ¿Cuándo fue la última convulsión de su hijo/a? \_\_\_\_\_

● ¿Ha habido algún cambio reciente en los patrones de convulsiones de su hijo/a?  Sí  No

Si es así, por favor explíquelo:

\_\_\_\_\_



**DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION**  
**255 EPPERLE LANE**  
**AUBURN, CA 95603**  
**TELÉFONO 530.885.7242 FAX 530.885.5170**

## INFORMACIÓN DE CONVULSIONES (CONTINUACIÓN)

● ¿Cómo reacciona su hijo/a después de que termina una convulsión? \_\_\_\_\_

● ¿Cómo afectan otras enfermedades el control de las convulsiones de su hijo/a? \_\_\_\_\_

● ¿Alguna vez su hijo/a ha sido hospitalizado/a por convulsiones continuas?  Sí  No

Si es así, por favor explíquelo: \_\_\_\_\_

● ¿ Tiene su hijo/a un estimulador de nervio vago?  Sí  No

En caso afirmativo, describa las instrucciones para el uso apropiado del imán: \_\_\_\_\_

Primeros auxilios básicos: cuidado y comodidad	Primeros auxilios básicos para convulsiones
<p>¿Qué procedimientos de primeros auxilios básicos deben tomarse cuando su hijo/a sufre una convulsión en la escuela? (Intervenciones del plan de atención estándar a la derecha)</p> <p>¿Necesitará su hijo/a salir del aula después de una convulsión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿qué proceso recomendaría para regresar al aula?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mantener la calma y registrar el tiempo</li> <li>● Mantener al niño seguro (proteger la cabeza, colocarlo de costado)</li> <li>● No restringirlo</li> <li>● No poner nada en la boca.</li> <li>● Quedarse con el niño hasta que esté completamente consciente</li> <li>● Vigilar de cerca las vías respiratorias y la respiración.</li> <li>● Registrar la convulsión en el registro</li> </ul>

Emergencias en ataques convulsión	Una convulsión se considera generalmente una emergencia cuando:
<p>Por favor, describa lo que constituye una egencia para su hijo/a (Las respuestas pueden requerir consulta con el médico tratante y la enfermera del distrito)</p> <p>¿Alguna vez su hijo/a ha sido hospitalizado/a por convulsiones continuas?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si es así, por favor explíquelo y proporcione la fecha:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Las convulsiones (tónico-clónicas) duran más de 5 minutos</li> <li>● El estudiante ha tenido convulsiones repetidas sin recuperar la conciencia.</li> <li>● El estudiante está lesionado o tiene diabetes.</li> <li>● Primera vez del estudiante.</li> <li>● El estudiante tiene dificultad para respirar.</li> <li>● El estudiante tiene convulsiones en el agua.</li> </ul>

Consideraciones Especiales	
Describe cualquier consideración especial que deba abordarse durante los siguientes momentos:	
Educación Física	
Recreo	
Excursiones	
Transporte en autobús	



**DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION**  
**255 EPPERLE LANE**  
**AUBURN, CA 95603**  
**TELÉFONO 530.885.7242 FAX 530.885.5170**

## INFORMACIÓN DE CONVULSIÓN (CONTINUACIÓN)

Información sobre medicamentos y tratamiento			
¿Qué medicamentos toma su hijo/a?			
Medicamento	Dosis	Frecuencia/Hora del día	Fecha de inicio
¿Qué medicamentos de emergencia/rescate se prescriben para su hijo/a?			
Medicamento	Dosis	Instrucciones de Administración	Atención de seguimiento necesaria

• ¿Necesita su hijo mantener la medicación en la escuela?       Sí     No

En caso afirmativo, complete el formulario adjunto de **Medicamentos en la escuela** o **Procedimiento y pedido de Diastat** y envíelo a la enfermera de la escuela.

Comunicacion general
¿Cuál es la mejor manera para que el personal de la escuela se comunice con usted sobre las convulsiones de su hijo/a?
¿Se puede compartir esta información con los maestros del aula y otro personal escolar apropiado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

• ¿Alguna otra inquietud o comentario que quiera compartir con la enfermera del distrito?

---



---

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Gracias por su asistencia. La enfermera del distrito revisará esta información y desarrollará un plan de acción personalizado en caso de convulsiones para su estudiante. Se le enviará este plan para que lo revise y apruebe antes de enviarlo al personal escolar apropiado.

FOR OFFICE USE ONLY		
Date Rec:	F/U Needed: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	SAP : <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No