



Distrito Escolar Conjunto de Jefferson #251

Plan de acción contra incautaciones

 (For District Use)
 Effective Date: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad al diagnóstico: _____ Escuela: _____ Calificación: _____

Los medicamentos de Seran serán:

 Almacenado en oficina En posesión del estudiante– Ubicación: _____

 ¿El estudiante tiene un **estimulador nervioso VAGUS (VNS)**? NO Sí– Ubicación: _____

INFORMACIÓN DE CONVULSIÓN:

<i>Tipo de convulsión</i>	<i>Cuanto dura</i>	<i>Con qué frecuencia</i>	<i>Descripción</i>

Cómo responder a una convulsión (marque todo lo que corresponda):

 Proporcionar primeros auxilios básicos (ver más abajo) Administrar medicamentos de emergencia (ver más abajo)

 Notificar al padre/tutor/contacto de emergencia cuando: _____

Padre/tutor/contacto de emergencia tel#: _____

#1 Contacto

#2 Contacto

Basic Seizure First Aid:

- MANTENER** la calma, **CRONOMETRAR** la Convulsión
- Mantenga al estudiante **SEGURO**: retire los objetos dañinos, no lo restrinja, proteja la cabeza
- Gire al estudiante de **LADO**: mantenga las vías respiratorias despejadas, no ponga objetos en la boca
- QUEDARSE** hasta que el estudiante se recupere de la Convulsión
- Documento** en registro de incautaciones
- Deslice el imán para VNS cuando:** _____
- Otro: _____

When to Call 911!

- Convulsión con pérdida del conocimiento que dura ás de 5 minutos
- Cualquier convulsión que dure más de _____ minutos o más de _____ convulsiones repetidas dentro de un período de tiempo de _____ minutos.
- Cambio en el tipo, número o patrón de convulsiones de lo especificado anteriormente
- Dificultad para respirar después de una convulsión
- Dificultad para respirar después de una convulsión... convulsiones en el agua, embarazo, diabetes
- Se administra medicación de urgencia
- Otro(especificar): _____

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA: cuándo y qué administrar

– si el estudiante recibe medicamentos de emergencia, requiere control médico y no puede permanecer en la escuela.

- Nombre del medicamento:** _____ **Dosis:** _____ **Vía:** _____ **Posibles efectos secundarios:** _____
 Cuándo administrar: _____
- Nombre del medicamento:** _____ **Dosis:** _____ **Vía:** _____ **Posibles efectos secundarios:** _____
 Cuándo administrar: _____

Nombre del estudiante _____

Regreso a clase: sin medicación administrada

¿El estudiante necesita salir del salón de clases después de una convulsión? No Sí
 En caso afirmativo, describa el proceso para regresar al estudiante al salón de clases: _____

Comentarios/Instrucciones especiales (excursiones, etc.):

***El Plan de emergencia de anafilaxia con la información de prescripción de medicamentos incluida y las firmas del proveedor independiente autorizado y del padre/tutor requiere una revisión o renovación anual.

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR – Autorización para Intercambio de Información Estudiantil Confidencial

Autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo (nombre) _____ a intercambiar información médica confidencial con la enfermera del distrito para completar este plan de atención y para intercambiar información y registros médicos por no más de 12 meses después de la fecha de la firma.

Firma del Padre / Tutor _____ **Fecha** _____

Al firmar la autorización, entiendo que las partes mencionadas anteriormente pueden intercambiar información escrita y verbal sobre mi hijo. Las partes también pueden aceptar una fotocopia de este formulario de liberación y darle la misma vigencia y efecto que el original. Además, entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento proporcionando una copia de mi revocación a las partes mencionadas anteriormente. La información utilizada o divulgada en virtud de este comunicado puede ser divulgada por el distrito escolar como un registro educativo, de conformidad con FERPA y es posible que ya no esté protegida por HIPAA.

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR:

- Como padre / tutor del estudiante nombrado:
- * Acepto indemnizar, defender y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar de cualquier reclamo, acción, costo, gasto, daño y responsabilidad, incluidos los honorarios de abogados, que surjan, estén conectados o resulten de la administración de medicamentos.
 - * Estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar, la Junta de Educación, los Empleados de la Junta de Educación y sus Agentes no incurrirán en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión que surja o esté relacionada con la administración de medicamentos.
 - * Acepto que no instituiré, ya sea en nuestro propio nombre o en nombre del alumno, ningún reclamo o acción contra la Junta de Educación, los empleados de la Junta de Educación y sus agentes que surja o esté relacionado con la administración de medicamentos.
 - * Entiendo que este acuerdo debe estar firmado y en pleno efecto antes de la administración del medicamento.
 - * Mi hijo y yo entendemos que hay serias consecuencias por compartir cualquier medicamento con otros.
 - * Entiendo que las autoridades escolares notificarán a los padres/tutores al final del año escolar para que recojan el medicamento. Los medicamentos que no sean recuperados por el padre/tutor dentro de un período de siete días de la notificación por parte de las autoridades escolares serán destruidos por la enfermera del distrito en presencia de un testigo.
 - * Entiendo que soy responsable de notificar a la enfermera del distrito de cualquier cambio en el estado de salud, atención u orden de medicación de mi hijo.

Nombre del padre/tutor (letra de imprenta) _____ ()
 Mejor número de teléfono de contacto _____

Firma del Padre / Tutor _____ **Fecha** _____

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO -

Como proveedor independiente autorizado (LIP) del estudiante, confirmo que el estudiante tiene un diagnóstico de epilepsia y apruebo este plan de atención de emergencia, incluida la información de prescripción de medicamentos.

Nombre del proveedor independiente con licencia (LIP) (en letra de imprenta) _____ ()
 Número de teléfono _____

Firma LIP _____ **Fecha** _____