

Plan de cuidado estándar en caso de ataques

Diagnóstico de la enfermera: Riesgo de hacerse daño

Síntoma	Acción
<ul style="list-style-type: none"> • Cambio en la consciencia. • Sensación de cosquilleo o quemazón en un lado del cuerpo. • Mirada perdida o soñadora. • Movimiento automático de músculos sin darse cuenta. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ayude al estudiante a ponerse en posición segura en Camilla o suelo. 2. Intente captar la atención del estudiante. 3. Avise a padres o enfermera del distrito. 4. Observe al estudiante hasta que desaparezcan los síntomas.
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de tono en músculos. • Movimientos rápidos y violentos. • Tensión en partes del cuerpo. • Pérdida de control urinario y del intestino grueso. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Remueva objetos que puedan lastimarle durante el ataque. 2. Mire que la cabeza esté almohadillada. 3. Remueva las lentes. 4. Desabroche la ropa apretada. 5. Ponga al estudiante en su costado si puede seguir respirando así. 6. No pmeta nada en la boca del estudiante. 7. No sujete fuerte al estudiante. 8. Encontrar la medicina para los ataques del estudiante si hay alguna disponible. 9. Fíjese cuanto dura el ataque. 10. Notifique a los padres. 11. Notifique a la enfermera del distrito. 12. Vigile al estudiante hasta que lleguen los padres.

Llame a 911 si:

Síntoma	Acción
<ul style="list-style-type: none"> • Ataque convulsivo <u>que dure más de 5 minutos.</u> • El estudiante tiene otro ataque antes de recobrar la consciencia. • El estudiante resulta herido o tiene diabetes. • Es el primer ataque de un estudiante. • Estudiante tiene dificultad respirando. • Estudiante tiene un ataque en el agua. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llame al 911. 2. Avise a los padres. 3. Avise a la enfermera. 4. Vigile al estudiante hasta que llegue la ambulancia. 5. Si el estudiante para de respirar o el corazón para de latir, hacerle CPR (primeros auxilios).

Las medicinas deben ser traídas por los padres y requiere un *Impreso de permiso de administración de medicinas* firmado por ellos. La escuela no puede suministrar medicinas. Los estudiantes pueden llevar consigo su medicina con permiso firmado por los padres. Las medicinas deben traerse a la escuela con la etiqueta actual de la farmacia.



Medford School District 549C

815 S. Oakdale Avenue
Medford, Oregon 97501

Plan de cuidado sanitario individualizado—Ataques

Si quiere crear un *Plan de cuidado sanitario individualizado* para su estudiante, rellene la información de abajo con la firma y devuélvalo a la oficina de la escuela. Si no entrega a la escuela un *Plan de cuidado sanitario individualizado*, entrará en vigor el *Plan de cuidado sanitario estándar*.

Nombre del estudiante _____ Id. estudiante _____ Grado _____

Escuela _____ Año escolar _____ Fecha nacimiento _____ Bus/Camina _____

Nombre de un padre/guardián _____ Teléfono _____

Nombre de un padre/guardián _____ Teléfono _____

Mi estudiante tiene este tipo de ataques:	Convulsivos (Tónico-Clónico/Grand Mal) _____ Ausencias (Petit Mal) _____ Otro _____
Fecha del último ataque:	
Durante un ataque, mi estudiante muestra estos síntomas:	
Mi estudiante toma esta medicina para sus ataques: (Todas las medicinas requieren un <i>Impreso de permiso de administración de medicina</i>)	
En caso de que mi estudiante tenga un ataque, haga lo siguiente:	
Consideraciones y precauciones especiales (sobre actividades escolares, deportes, excursiones, transporte, etc.)	

Doy permiso a la enfermera de la escuela y a otros miembros, entrenados apropiadamente y autorizados, del personal del Distrito escolar de Medford, a llevar a cabo las tareas especificadas por el Plan de cuidado sanitario individualizado de mi hijo. También consiento la difusión de información pertinente al cuidado de mi hijo, a los miembros del personal y a aquellas personas que puedan necesitar esta información para mantener la salud y seguridad de mi hijo durante el día escolar. **Las medicinas son responsabilidad de los padres.** Si el estado de salud mencionado ha cambiado, yo le informare a la escuela o enfermera de la escuela. Este plan de salud medica va estar en vigencia mientras mi hijo asista MSD.

Firma de un padre/guardián _____ Fecha _____