Steger School District 194
Administration Center • 3753 Park Avenue • Steger, Illinois 60475
(708) 753-4300 *Phone* • (708) 755-9512 *Fax* • www.sd194.org

Seizure Action Plan

To ensure all students, staff, and stakeholders learn and grow together as a community

PATIENT INFORMATION SHEET / HOJA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Directions: Please check (✓) what happens (or happened) during your child's seizure and bring this sheet to your child's neurology appointment.

Direcciones: Por favor marque (✓) lo qué sucede (o sucedio) durante la convulsión de su niño(a) y traiga esta hoja con usted a la cita de neurología del niño.

DESCRIPTION OF SPELL OR SEIZURE / DESCRIPCIÓN DEL ATAQUE O CONVULSIÓN

Body / Cuerpo

- ☐ whole/ entero
- ☐ right/ lado derecho
- ☐ left lado izquierdo
- ☐ can't tell no sabría decir ?

Movement/ Movimiento

- ☐ jerking/ espasmos
- ☐ stiffness/ rigidez
- ☐ jerking and stiffness/ espasmos y rigidez
- ☐ can't tell no sabría decir ?

Eyes Ojos

- ☐ up/ ↑ en blanco
- ☐ closed/ cerrados
- ☐ right/ → a la derecha
- ☐ left/ ← a la izquierda
- ☐ stare/ mirada fija
- ☐ stare and blink/ mirada fija y parpadeo
- ☐ no change/ sin cambio
- ☐ can't tell/ no sabría decir ?

Skin Color Color de piel

- ☐ blue/ morada
- ☐ no change/ sin cambio
- ☐ can't tell/ no sabría decir ?

Accident Accidente

- ☐ pee – pee orina
- ☐ poop popo
- ☐ none ninguno
- ☐ can't tell/ no sabría decir ?

Mouth Boca

- ☐ dry seca
- ☐ drool babea
- ☐ foam le sale espuma
- ☐ bite tongue se muerde la lengua
- ☐ can't tell/ no sabría decir ?

How Often / Frecuencia

- ☐ daily diariamente
- ☐ weekly semanalmente
- ☐ monthly mensualmente
- ☐ other otro : _____

AFTER SEIZURE OR SPELL / DESPUÉS DEL ATAQUE O CONVULSIÓN

- ☐ asleep/ se duerme
- ☐ drowsy/ soñoliento
- ☐ alert/ alerta
- ☐ confused/ confundido
- ☐ paralyzed paralizado

PATIENT INFORMATION SHEET / HOJA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Directions: Please check (✓) the medications that your child takes and write in the daily dosage.
Direcciones: Por favor marque (✓) los medicamentos que su niño(a) toma y escriba la dosis diaria.

MEDICATION / MEDICAMENTOS

Drug name / Nombre del medicamento	How supplied / Forma del medicamento	Frequency / Frequencia for example: 3 times/day por ejemplo: 3 veces/día
Carbatrol (Carbmazepine)	☐ 200 mg ☐ 300 mg	
Depakene (Valproic Acid)	☐ 250 mg Syrup 💧 ☐ 200 mg/ 5 mL	
Depakote (Divalproex Sodium)	☐ 125 mg ☐ 250 mg ☐ 500 mg ☐ 500 mg - **ER** **Sprinkle** ☐ 125 mg	
Dilantin (Phenytoin Sodium, Phenytoin)	☐ 30 mg ☐ 100 mg **Infatabs** ☐ 50 mg **125** 💧 ☐ 125 mg / 5 mL	
Gabitril (Tiagabine HCL)	☐ 2 mg ☐ 4 mg ☐ 12 mg ☐ 16 mg ☐ 20 mg	
Keppra (Levetiracetam)	☐ 250 mg ☐ 500 mg ☐ 750 mg Liquid 💧 ☐ 100 mg / mL	
Klonopin (Clonazepam)	☐ 0.5 mg ☐ 1mg ☐ 2 mg	
Lamictal (Lamotrigine)	☐ 25 mg ☐ 100 mg ☐ 150 mg ☐ 200 mg **Chewables** ☐ 2 mg ☐ 5 mg ☐ 25 mg	
Neurontin (Gabapentin)	☐ 100 mg ☐ 300 mg ☐ 400 mg ☐ 600 mg ☐ 800 mg **Liquid** 💧 ☐ 250 mg / 5 mL	
Phenobarbital	☐ 15 mg ☐ 30 mg ☐ 60 mg ☐ 100 mg **Liquid** 💧 ☐ 20 mg / 5 mL	
Tegretol (Carbamazepine)	☐ 100 mg ☐ 200 mg ☐ 100 mg - **XR** ☐ 200 mg - **XR** ☐ 800 mg - **XR** **Liquid** 💧 ☐ 100 mg / 5 mL	
Topamax (Topiramate)	☐ 25 mg ☐ 100 mg ☐ 200 mg **Sprinkle** ☐ 15 mg ☐ 25 mg	
Trileptal (Oxcarbazepine)	☐ 150 mg ☐ 300mg ☐ 600 mg **Liquid** 💧 ☐ 300 mg/5 mL (60 mg/mL)	
Zarontin (Ethosuximide)	☐ 250 mg Syrup 💧 ☐ 250 mg/ 5 mL	
Zonegran (Zonisamide)	☐ 100 mg	

QUESTIONS & CONCERNS / DUDAS Y PREGUNTAS

This publication was developed with funding from the federal Maternal and Child Health Bureau, Health Services and Resources Administration under grant #H98MCO 3905-03-01 funded to the USC UCEDD Children's Hospital Los Angeles, through its initiative, *Project Access: Improving Care for Children with Epilepsy*. Support was also provided by two other partners in Project Access: The National Initiative for Children's Healthcare Quality (NICHQ), under grant #U23MC038893 and The Epilepsy Foundation, under grant # U23MC03909.

EPILEPSY FOUNDATION

www.epilepsyfoundation.org/epilepsia

CUESTIONARIO PARA PADRES DE UN ESTUDIANTE CON CRISIS

Por favor complete todas las preguntas. Esta información es esencial para que la enfermera y el personal escolar puedan determinar las necesidades especiales de su estudiante y proveerle un ambiente de aprendizaje positivo y de apoyo. Si usted tiene alguna pregunta sobre cómo completar esta forma, por favor póngase en contacto con la enfermera escolar de su niño/a.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Nombre del Estudiante:_____Año escolar:_____Fecha de nacimiento:_____
Escuela:_____Grado:_____ Salón:_____
Nombre del padre/Guardián:_____Tel. (Casa):_____(Trabajo):_____(Celular):_____
Otro contacto de emergencia:_____Tel. (Casa):_____(Trabajo):_____(Celular):_____
El neurólogo del/de la niño/a:_____Tel.:_____Dirección:_____
El médico de cuidados primarios del niño o niña.:_____Tel.:_____Dirección:_____
Eventos significativos dentro de su historia médica o condiciones de salud: _____

INFORMACIÓN SOBRE LAS CRISIS:

1. ¿Cuándo fue diagnosticado su niño/a con crisis epilépticas o epilepsia?_____
2. Tipo(s) de crisis:

Tipo de crisis:	*Duración*	*Frecuencia*	*Descripción*

3. ¿Que podría provoca una crisis en su niño/a?_____
4. ¿Se presenta alguna señal de advertencia y/o cambios en la conducta de su niño/a antes de que el ocurra una crisis? SI NO
   Si respondió SÍ, por favor explique:_____
   _____
5. ¿Cuándo fue la última crisis de su niño/a?_____
6. ¿Ha habido algún cambio reciente en el patrón de comportamiento de las crisis de su niño/a? SI NO
   Si respondió SI, por favor explique:_____
   _____
7. ¿Cómo reacciona su niño/a después de que termina una crisis?_____
   _____
8. ¿Cómo afectan las otras enfermedades el control de las crisis de su niño/a?
   _____

Primeros auxilios básicos para crisis:
- ✓ Mantenga la calma y note el tiempo que dura la crisis
- ✓ Mantenga al niño o niña a salvo
- ✓ No le inmovilice
- ✓ No le ponga nada en la boca
- ✓ Permanezca con el/ niño o niña hasta que esté totalmente consciente
- ✓ Documente las crisis

Para crisis tónico-clónicas (Gran mal):
- ✓ Proteja su cabeza
- ✓ Mantenga las vías respiratorias abiertas /observe la respiración
- ✓ Coloque al niño o niña de lado

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS: Cuidados y medidas para confortar al niño o niña

9. ¿Qué procedimientos de primeros auxilios básicos deben tomarse cuando su niño/a tiene una crisis en la escuela?_____

_____

10. Después de una crisis ¿Necesita su niño/a salir del salón de clase? SI NO

Si respondió SI, ¿Qué proceso recomienda usted para regresar al niño o niña a su salón de clase?: _____

Generalmente una crisis se considera como una emergencia cuando:

- ✓ Un convulsión (tónico-clónica) dura más de 5 minutos
- ✓ El estudiante ha tenido crisis continuas sin recobrar la consciencia
- ✓ El estudiante tiene la crisis por primera vez
- ✓ El estudiante está herido o es diabético
- ✓ El estudiante tiene dificultades para respirar
- ✓ El estudiante tiene una crisis en el agua

EMERGENCIA EN CASO DE UNA CRISIS

11. Por favor describa qué es lo que constituye una emergencia para su niño/a (La respuesta puede requerir que consulte con el médico que trata al niño o niña y con la enfermera escolar.)_____

_____

12. ¿Ha sido hospitalizado el niño o niña alguna vez debido a crisis continuas?

SI NO

Si respondió SI, por favor explique: _____

INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS PARA LAS CRISIS Y TRATAMIENTO

13. ¿Qué medicinas toma su niño/a?

Medicina	Fecha de inicio	Dosis	Frecuencia y hora en que se toma	Posibles efectos secundarios

14. ¿Qué medicinas de emergencia/o de rescate le han prescrito a su niño/a?

Medicina	Dosis	Instrucciones de administración (Horario* y método **)	Que hacer después de que la medicina es administrada:

* *Después de la 2da. o 3er crisis, para crisis continuas, etc. **Por vía oral, bajo la lengua, o por vía rectal.*

15. ¿Qué medicinas necesita tomar su niño/a durante las horas escolares?_____

16. ¿Deben administrarse algunas de estas medicinas de una manera especial? SI NO

Si respondió SI, por favor explique:_____

17. ¿Se debe estar pendiente de alguna reacción en particular? SI NO

Si respondió SI, por favor explique:_____

18. ¿Qué debe hacerse cuando su niño/a no toma alguna dosis del medicamente?_____

19. ¿Debe tener la escuela una dosis de medicina en reserva en caso de que el/la niño/a no tome una dosis? SI NO

20. ¿Desea usted que se le llame antes de que se le dé al niño o niña la medicina de reserva en caso de que no haya tomado una dosis? _____

21. ¿Tiene su niño/a un Estimulador del nervio vago? SI NO

Si respondió SI, por favor describa las instrucciones para el uso apropiado del imán:_____

CONSIDERACIONES Y PRECAUCIONES ESPECIALES

22. Marque todo lo que aplica y describa cualquier consideración o precauciones que deben tomarse:

- ❑ Salud general_____
- ❑ Funcionamiento físico_____
- ❑ Aprendizaje:_____
- ❑ Comportamiento:_____
- ❑ Estado de ánimo/adaptación:_____
- ❑ Otro:_____
- ❑ Educación fisca /deportes:_____
- ❑ Recreo:_____
- ❑ Viajes escolares:_____
- ❑ Transporte por autobús:_____

SOBRE LA COMUNICACIÓN

23. ¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted sobre las crisis de su niño/a?_____

_____

24. ¿Nos permite compartir esta información con el maestro o maestra del salón de clase y otro personal apropiado de la escuela? SI NO

Firma de Padre/Guardián:_____ Fecha: _____ Fecha en que fue actualizado: _____

©2013 Epilepsy Foundation of America, Inc. Todos los derechos reservados. Revisado/2013

PLAN DE ACCIÓN PARA CRISIS EPILÉPTICAS

EPILEPSY FOUNDATION
END EPILEPSY® TOGETHER

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Relación/parentesco: _____

Información Acerca de las Crisis Epilépticas

Tipo de Crisis	Cuánto Dura	Con qué Frecuencia	Qué Sucede Durante la Crisis

Cómo responder a una crisis epiléptica (marque todas las opciones que apliquen) ☐

- ☐ Primeros Auxilios – **Permanezca. A Salvo. De Lado.**
- ☐ Dar el medicamento de rescate, de acuerdo con el plan de acción
- ☐ Notificar a la persona en caso de emergencia
- ☐ Notificar a la persona en caso de emergencia al: _____
- ☐ Llamar al 911 para transporte a: _____
- ☐ Otras Notas: _____

Primeros Auxilios para Cualquier Crisis Epiléptica

- ☐ **PERMANEZCA** calmado, empiece a **tomar el tiempo de la crisis epiléptica**
- ☐ Manténgame **A SALVO –** aleje objectos peligrosos, no me sujete, proteja mi cabeza
- ☐ Acuésteme **DE LADO** si no estoy despierto(a) o consciente, no obstruya vías respiratorias, ni ponga cosas en la boca
- ☐ **PERMANEZCA** hasta que me recupere de la crisis
- ☐ Deslice el imán del aparato para la estimulación del nervio vago (VNS)
- ☐ Anote que pasa _____
- ☐ Otras notas _____

Cuándo llamar al 911

- ☐ Crisis epilépticas con pérdida del conocimiento de más de 5 minutos, si la persona no responde al medicamento de rescate (siempre y cuando esté disponible)
- ☐ Crisis epilépticas que se repiten y duran más de 10 minutos, sin recuperación entre crisis, si la persona no responde al medicamento de rescate (siempre y cuando esté disponible)
- ☐ Problemas de respiración después de la crisis epiléptica
- ☐ Si ocurren (o sospecha que puede haber) lesiones graves, crisis epilépticas bajo el agua

Cuándo llamar primero a su médico

- ☐ Cambios en el tipo, cantidad o forma de las crisis
- ☐ La persona no regresa a su comportamiento normal (por ejemplo, está confundida por largo tiempo)
- ☐ Primera vez que tiene una crisis epiléptica que acaba sola
- ☐ Otros problemas de salud o embarazo que necesiten revisión

Cuando un **medicamento de rescate** sea necesario:

CUÁNDO Y QUÉ HACER

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Cuidados después de una crisis epiléptica

Qué tipo de cuidados necesita (incluya detalles) _____

Cuándo puede la persona regresar a sus actividades de rutina _____

Instrucciones Especiales

Personal de Primeros Auxilios: _____

_____

Departamento de Emergencia: _____

_____

Medicamentos Para las Crisis Diarias

Nombre del Medicamento	Cantidad Diaria	Cantidad del Liquido/Tableta	Cómo Toma el Medicamento (cantidad y hora de cada dosis)

Otra Información

Qué cosas provocan sus crisis epilépticas: _____

Importante historial médico: _____

Alergias: _____

Cirugías para controlar su epilepsia (tipo, fecha, efectos secundarios): _____

Aparatos: ☐ Estimulación del nervio vago (VNS) ☐ Neuroestimulación Sensible (RNS)
☐ Estimulación Cerebral Profunda (DBS) Fecha del implante _____

Terapia Dietética: ☐ Dieta Cetogénica ☐ Dieta de Bajo Índice Glucémico ☐ Dieta Atkins (baja en carbohidratos)
☐ Otra (más detalles) _____

Instrucciones Especiales: _____

Contactos de Cuidados Médicos

Doctor para la epilepsia: _____ Teléfono: _____

Médico de salud general: _____ Teléfono: _____

Hospital de preferencia: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Mi firma: _____ Fecha _____

Firma de mi médico: _____ Fecha _____

Epilepsy.com

©2020 Epilepsy Foundation of America, Inc.
Revised 01/2020 130SRP/PAB1216

EPILEPSY FOUNDATION
END EPILEPSY® TOGETHER

Steger School District 194
Administration Center • 3753 Park Avenue • Steger, Illinois 60475
(708) 753-4300 *Phone* • (708) 755-9512 *Fax* • www.sd194.org

FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS

NOMBRE DE ESTUDIANTE _____ FECHA DNACIMIENTO_____

DIRECCION _____ NUMERO DE TELEFON_____

ESCUELA _____ GRAD_____

NOMBRE Y NUMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:
_____

I. DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIÁN DEL ESTUDIANTE

Yo, _____, Padre/Guardián de_____
soy responsable de administrar medicamentos a mi hijo. Sin embargo, en una emergencia médica o si es necesario para la críticas de salud y el bienestar de mi hijo, por la presente autorizo El Distrito Escolar de Steger 194, y sus empleados y agentes, en mi nombre y en mi lugar, para administrar a mi hijo o permitir que mi hijo a administrarse bajo la supervisión de los empleados y agentes de Distrito de 194,legalmente le recetó medicamento de la manera referida en esta forma. Reconozco que puede ser necesario para la administración de la medicación de mi hijo y el tratamiento de la condición de mi hijo a realizar por una persona que no sea la enfermera de la escuela y específicamente el consentimiento de estas prácticas. Notificaré a la escuela por escrito si la medicación si se impide y obtendrá una orden escrita del médico si se cambia la dosis de medicación o tratamiento. Entiendo que esta autorización de medicación sólo es efectiva para el año escolar de _____ y tendrá que ser renovado cada año escolar posterior.

Reconozco y acepto que, cuando así se administra la medicación prescrita legalmente, renuncio a cualquier reclamación que pudiera tener en contra de Distrito Escolar de Steger 194, sus empleados y agentes, provenientes de la administración o auto administración de dicho medicamento, independientemente de si la autorización para la autoadministración de la medicación fue dado por mí, como padres del niño, o por el médico de mi hijo, asistente médico, o enfermera de práctica avanzada. Además, estoy de acuerdo en indemnizar y mantener inofensivo Distrito Escolar de Steger 194, sus empleados y agentes, ya sea conjuntamente o separadamente, de y contra cualquier y todo reclamo, daños, causas de acción o de lastimes, incluyendo honorarios de abogados razonables y costos en defensa, incurridos o resultantes de la administración o auto administración de dicho medicamento, excepto una reclamación basan en una conducta intencional o cierto , independientemente de si la autorización o la autoadministración de la medicación fue dado por mí, como padres del niño, o por el medico de mi hijo, asistente médico o enfermera de práctica avanzada.

Imprime Nombre de Padre/Guardián _____ Fecha _____

Firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____

II. DEBE SER COMPLETO POR EL PRESCRIBIDOR/MEDICO CON LICENCIA
(Menos un estudiante que se trata Auto - Administración medicamentos para el asma, Consulte la Sección III)

Diagnóstico: _____ Nombre del Medicamento: _____
Dosificación: _____ Acceso de Administración:_____
Hora/Circunstancias cuando se Debe Administrar Medicación:_____
Efectos Secundarios:_____ Fecha de la Prescripción: _____ Fecha de la Discontinuación: _____

Voltee a la Página y Completa Página 2

Auto-Administración de Epinefrina: ___Si ___ No. Los estudiantes mencionados tienen una alergia vida mortal que médicamente requiere la administración inmediata de epinefrina seguida por atención médica de emergencia. He determinado que es médicamente necesario para este niño llevar un auto inyector de epinefrina. El estudiante ha sido instruido en la autoadministración de los medicamentos mencionados y es capaz de administrar la medicación independientemente. El estudiante entiende la necesidad de la medicación y la necesidad de notificar a un miembro del personal y la oficina de salud inmediatamente después de la autoadministración del auto inyector de epinefrina.

Auto-Administración de Medicación para la Diabetes: ___ Sí ___ No. Los estudiantes mencionados han sido diagnosticados con diabetes. He determinado que es médicamente es necesario para que este niño tenga su medicación para la diabetes y el equipo y suministros necesario para monitorear y tratar su condición diabética en virtud de su Plan de Cuidado de Diabetes. El estudiante ha sido instruido en la autoadministración de los medicamentos mencionados y el uso de sus equipos y suministros de diabetes y es capaz de hacerlo independientemente. El estudiante entiende la necesidad de la medicación y la necesidad de informar al personal de la escuela cualquier efecto secundario anormal.

Puedo ser contacto en el siguiente número de teléfono en caso de una reacción a la medicación o una emergencia.

_____ _____

Número de Teléfono del Médico Firma del Médico Fecha

_____ _____

Dirección del Médico Imprimir Nombre del Médico Fecha

III. PARA ESTUDIANTES CON AUTO-ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS DE ASMA SOLAMENTE DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIAN DEL ESTUDIANTE

Diagnóstico: _____ Nombre del Medicamento: _____

Dosificación: _____ Acceso de Administración: _____

Hora/Circunstancia cuando se Debe Administrar Medicación: _____

Efectos Secundarios: _____

Fecha de la Prescripción: _____ Fecha de la Discontinuación: _____

Auto-Administración de Medicamentos para el Asma: ___Si ___ No. Mi hijo ha sido diagnosticado con asma y se le ha recetado medicamentos para el asma por un Calificado Profesional de Salud. Autorizo que mi hijo lleva sus medicamentos para el asma y a administrarse su medicación como lo prescrito por su médico. Nuestro Médico de mi hijo ha dado instrucciones a mi hijo en el auto-administración de su medicación y ha indicado que mi hijo es capaz de hacerlo independientemente. Mi hijo entiende la necesidad de la medicación y la necesidad de informar al personal de la escuela cualquier efecto secundario anormal. He proporcionado la escuela un suministro adicional de su medicamento con una pompa de la prescripción para su uso en caso de que él o ella se olvidan de traer sus medicamentos para el asma a la escuela en un día en particular.

Imprima Nombre de Padre/Guardián _____ Fecha _____

Firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____