Seizure Action Plan /Plan de acción para Ataques

Nombre: _____ **ID#** _____ **F.deNac.**_____

School Year _____ **Grado / Maestro** _____ **#Autobus** _____

Significant Medical History: (*Desencadenantes o señales de advertencia de un ataque:)*

Seizure Information (Información sobre los ataques)

Seizure Type (Tipo de ataque)	**Length***(Duración)*	**Frequency** *(Frecuencia)*	**Description** *(Descripción)*
1.			
2.			
3.			

Basic Seizure First Aid (Primeros auxilios básicos)

For All Seizures	**For Generalized (Tonic-Clonic) Seizure**	**Seizure is an emergency when:**
Stay calm and track time	Protect head	Generalized seizure lasts > 5 min.
Keep child safe	Keep airway open / watch breathing	Student has repeated seizures without regaining consciousness
Do not restrain	Turn child on side	Student is injured
Do not put anything in the mouth		Student is diabetic
Stay with child until fully conscious		Student is pregnant
Record seizure in log		This is a first time seizure
		Seizure occurs in water
		Student has breathing difficulty

Describe additional first aid procedures if different from those listed above: _____

_____

_____

Does student need to leave the classroom after a seizure? ☐ **Yes** ☐ **No**

If yes, describe the process for returning the student to the classroom: _____

_____

Emergency Response: A seizure emergency for this child is defined as: _____

_____

Check all that apply and clarify below:

☐ **Call 911 after _____ minutes for transport to:**_____

☐ Contact School Nurse at: _____

☐ Notify parent or emergency contact _____

☐ Notify physician at: _____

☐ Other: _____

2015, 2017A, 10-2018A

Treatment Protocol During School Hours (include daily and emergency medications)

Medication Name *(Medicamento)*	**Dosage and Time of Day Administered** *(Dosis y hora del día en que se debe dar)*	**Common Side Effects and Special Instructions** *(Efectos secundarios comunes e Instrucciones especiales)*
1.		
2.		
3.		

☐ Diastat____ mg rectally for seizure lasting more than _____minutes. *(parent provides medication)*

☐ Intranasal Versed _____mg intranasally for seizure lasting more than _____ *minutes* *(parent provides medication)*

☐ If seizure continues for more than _____ minutes after emergency medication has been administered, call 911.

☐ Oxygen at _____ liters/min. via _____during seizure.*(physician order required / 0_2 provided by parent)*

☐ VNS System (Instructions)_____

Seizure triggers or warning signs: *(Desencadenantes o señales de advertencia de un ataque:)*_____

_____

_____

Student's response after seizure: *(Respuesta del alumno después de un ataque:)*_____

_____

_____

Special considerations and precautions regarding school activities (sports, trips, etc.): _____

_____

_____

Physician's Name_____ **Phone Number** _____

Physician's Signature_____ **Date** _____

Emergency Contacts

Nombre	Teléfono	Parentesco
Nombre	Teléfono	Parentesco
Nombre	Teléfono	Parentesco
Nombre	Teléfono	Parentesco

Nombre_____ID#_____ F.deNac. _____ Grado/Maestro._____ Fecha _____

Consentimiento del padre / Plan de acción para Ataques

Consentimiento del padretutor para que personal auxiliar no acreditado administre el medicamento

Yo ☐**sí /** ☐**no** (marque uno) autorizo al Distrito designar personal auxiliar no acreditado (UAP) que ha sido capacitado por un profesional médico, incluyendo pero sin limitarse a, personal médico de urgencia, un doctor médico y/o enfermera acreditada, para que administre a mi hijo Diastat mientras esté presente en el ISD de Plano o en un evento relacionado con el ISD de Plano (como paseos escolares y eventos deportivos), cuando es posible que no haya disponible un profesional médico entrenado. Entiendo que no es posible proveer a mi alumno ningún servicio médico relacionado con la escuela sin mi consentimiento requerido, como se explica aquí. **Iniciales del padre** _____

Consentimiento del padre/tutor a la revelación de datos y fotografía.

Yo ☐sí / ☐no (señale uno) autorizo al ISD de Plano exhibir una fotografía de mi hijo (de venir al caso) e indicar que es una persona que sufre ataques. Entiendo que el personal escolar que tiene trato con mi hijo recibirá información acerca de mi hijo que le ayudará en una situación de urgencia. Esto puede incluir, pero no se limita a: personal de la oficina de salud y sus suplentes, maestros y auxiliares de salón, maestros de asignaturas especiales, maestros suplentes, personal de oficina, personal de comedor y conductores de autobús. Entiendo que el motivo de eso es de permitir al personal escolar a mejor prevenir y responder a posibles emergencias. Esta autorización está vigente desde la fecha de su firma hasta terminar el año escolar. Iniciales del padre _____

Autorización del padre/tutor para que el personal escolar comunique datos médicos

Autorizo a los representantes del Distrito, incluyendo los profesionales médicos y UAPs del Distrito, a compartir con el profesional médico o proveedor de salud identificado anteriormente, u obtener de dicha persona, los datos médicos de mi alumno a fin de planificar, implementar o aclarar las acciones necesarias en la administración de servicios escolares relacionados con la salud, que incluyen entre otros: cuidados de emergencia, cuidado para cualquier diagnóstico documentado, tratamientos médicos según se detallan en el IHP del alumno, su plan 504, IEP u otro formulario de PISD que solicite servicios médicos escolares. Con mi firma en esta Autorización, reconozco plenamente que la información utilizada o divulgada en conformidad con esta Autorización podría estar sujeta a divulgación secundaria por las personas aquí autorizadas y la(s) persona(s) con quien(es) se comunican, y dejar de ser protegidos por las reglas de HIPAA. Entiendo que dicha divulgación secundaria podría ser inapropiada, causarme vergüenza, causar disputas familiares, ser mal interpretado por profesionales no médicos, y de otra forma causarme a mí y mi familia diferentes formas de daño. Por la presente exonero a cualquier Proveedor Médico que actúa confiado en esta Autorización, contra cualquier responsabilidad que pudiese resultar de la divulgación de Datos médicos que permiten la identificación de mi hijo. No se proveerá al alumno los servicios escolares relacionados a la salud descritos en este documento sin el consentimiento del padre/tutor, según se explica aquí. Iniciales del padre _____

Exoneración del Padre/Tutor de cualquier reclamación contra el distrito y Acuerdo de mantener indemne

Al grado que permite la ley, a nombre mío y del alumno, libero y acepto defender, mantener indemne y sacar en paz y a salvo al Distrito contra cualquier reclamación, daño, demanda, o acción que de manera directa o indirecta resultara de, estuviera relacionado con, o surgiere de, la administración al Alumno del medicamento y/o la divulgación de Datos médicos que permiten la identificación del alumno. Esta exoneración debe ser interpretada de la forma más amplia posible. Incluye la exoneración de reclamos hechos contra el Distrito por razón de desatención o

responsabilidad objetiva, única o mancomunada, exclusiva o coadyuvante, incluyendo responsabilidad que resulta de la supuesta infracción de alguna ley (aparte de las responsabilidades que protegen contra la discriminación por motivo de raza, edad, sexo u otra categoría que históricamente ha sufrido discriminación), que nace de, es relacionada con, o surge de, directa o indirectamente, la aplicación al alumno, por el Personal Escolar, del Medicamento descrito en este documento, o la divulgación de los Datos médicos personales que permiten la identificación del alumno, entre otras, acusaciones de que el Personal Escolar no haya evaluado correcta y suficientemente el conocimiento y la capacidad de mi hijo de identificar las síntomas y autoaplicar los cuidados de Diabetes, por negligencia no haya reconocido las síntomas que requieren de cuidados de Diabetes, haya malinterpretado síntomas que creía obligaban el uso de los cuidados de Diabetes, por negligencia haya aplicado o no aplicado los cuidados de Diabetes y/o haya "sobre divulgado" los datos de salud de mi hijo.

Las Directrices Administrativas para la Salud Escolar desarrolladas por el Distrito Escolar Independiente de Plano están sujetas a la Ley de Americanos con Discapacidades ("ADA"), 42 U.S.C. Fracc. 12101, et seq.; Fracción 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 ("Sección 504"), 29 U.S.C. Fracc. 701, et seq.; y la Ley de Educación para Personas con Discapacidades ("IDEA"), 20 U.S.C. Fracc. 1400 et seq.

Nombre padre/tutor _____ Teléfono: _____

Firma de padre/tutor Firma_____ Fecha: _____