

# PLAN DE ACCIÓN PARA CRISIS EPILÉPTICAS



Año escolar: \_\_\_\_\_

La autorización es válida solo para el año escolar actual

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 objetos 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 Líquido/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 \_\_\_\_\_

*\*Al firmar, entiendo que este plan se distribuirá a cualquier personal de la escuela o voluntario(s) responsable de la supervisión o cuidado de mi hijo.*