

Las Escuelas Públicas del Condado de Loudoun

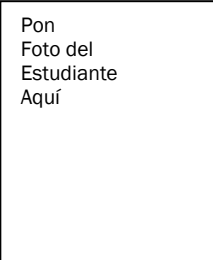
Plan de Acción de Emergencia de Convulsiones / Orden del Médico

Información del Estudiante

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ID # del Estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Padre/Guardian: _____ Celular: _____ Año Escolar: _____



Seizure History
To be completed by a Licensed Healthcare Provider (Physician, Physician's Assistant, or Nurse Practitioner)

| Seizure Type (Check all that apply) | Description of Seizure | A seizure emergency for this student is: |
|--|---|---|
| <p>Generalized Non-Motor Absence seizure</p> <p>Generalized Motor: Atonic (drop) Tonic/Clonic (grand mal) Myoclonic</p> <p>Focal Seizures Focal Aware (simple partial) Focal Impaired (complex partial)</p> | <p>Area of Body Involved: _____</p> <p>Frequency: _____</p> <p>Duration: _____</p> <hr/> <p>Seizure History / Medical Diagnosis:</p> | <p>Continual seizure lasting greater than _____ minutes</p> <p>_____ (# seizures in) _____ minutes</p> <p>other _____</p> |

Seizure Triggers:

| | | | | |
|-----------------|--|-----------------|-----------------------|---------------|
| None | Missed Seizure Medication | Physical Stress | Emotional Stress | Missing Meals |
| Unknown | Illness with high fever | Menstrual Cycle | Physical Stress | Lack of Sleep |
| Flashing Lights | Response to specific food, or excessive caffeine, specify: _____ | | Other, specify: _____ | |

Warning Signs - Symptoms that signal a seizure may be starting:

| | | | | |
|---------------|-----------------------------------|-----------|-----------------------|------------------------|
| Headache | Staring Spells | Confusion | Dizziness | Change in Vision/Auras |
| Strange Smell | Sudden Feeling of Fear or Anxiety | | Other, specify: _____ | |

Emergency Response Plan

| Emergency Medication | Dose | Instructions/ Actions |
|-------------------------|------|--|
| Rectal Diazepam/Diastat | | Administer _____ for a continual seizure lasting greater than _____ minutes ✓ Call 911 ✓ Notify Parent |
| Clonazepam - Buccal | | |
| Clonazepam - Sublingual | | |
| Midazolam - intranasal | | |
| Other : | | Administer _____ for _____ (# of seizures) in _____ minutes ✓ Call 911 ✓ Notify Parent |
| | | Other: _____ Call 911 Notify Parent |
| Vagus Nerve Stimulator | | Describe magnet use: |

Healthcare Provider's Name (Print/stamp): _____

Healthcare Provider's Signature: _____

Date: _____

National Provider Identifier (NPI): _____

Phone: _____

Nombre del Padre/Guardian: _____ Teléfono: _____

Mi firma da permiso para el diseñado del director a seguir este plan, administrar medicamento de receta, y comunicarse con el médico si necesario. Yo también acuerdo de recoger algún medicamento no usado al fin del año escolar. Yo entiendo que medicamento no recogido por un padre/guardian al fin del año escolar será tirado.

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Las Escuelas Públicas del Condado de Loudoun
Plan de Acción de Emergencia en la Clase - Convulsión

Información para los Padres Sobre los Procedimientos de los Medicamentos

1. Medicamentos se deberían tomar en la casa cuando es posible así que el estudiante no pierda tiempo valioso en la clase.
2. La primera dosis de algún NUEVO medicamento debe estar administrado en la casa.
3. Si es absolutamente necesario para el estudiante tomar medicamentos en la escuela, un formulario de la "Autorización por Administrar Medicamentos" debe ser recibido por cada medicamento y debe ser presentado al empleo de la Oficina de la Salud con el medicamento ser administrado en la escuela. Usa el formulario aplicable para medicamentos de asma, alergias, convulsiones y diabetes. Medicamentos no estarán aceptado sin el formulario aplicable.
4. Padres deben proveer instrucciones escritas del médico para medicamentos de receta ser administrado por un empleo de LCPS. El formulario de la "Autorización por Administrar Medicamentos" es preferido, pero el médico puede usar material de la oficina o una receta con la información siguiente:
 - Nombre del estudiante y fecha de nacimiento
 - Duración de la receta/fechas efectivas
 - Nombre y propósito del medicamento
 - Posibles efectos secundarios/acciones a tomar si estos ocurren
 - Dosis, hora y ruta de administración
 - Firma del Médico/Fecha/NPI #
5. Medicamentos deben ser traída a la Oficina de la Salud por un padre/guardian (LCPS póliza 8420) del Código de Virginia 22.1-274. Estudiantes con diabetes, asma, o alergias amenazas de vida puede llevar los medicamentos siguientes (insulina, glucagón, inhaladores, autoinyectores de epinefrina) durante el día escolar con el consentimiento escrito del medico, la enfermera de la escuela y el padre/guardian como indicado en la "Receta del Médico/Plan de Acción." De lo contrario, estudiantes no están permitido a transportar medicamentos a la escuela y de la escuela o llevar algunos medicamentos mientras en la escuela.
6. Envases de Medicamentos:
 - a. Medicamentos de receta- deben estar en la botella original de la farmacia con la etiqueta adecuada que contiene
 - Nombre del estudiante
 - Dosis/cantidad ser administrado
 - Nombre del medicamento
 - Nombre del médico
 - Hora ser dado
 - Fecha
 - ❖ Medicamentos sin receta(OTC) - debe estar en el embalaje original y incluir instrucciones de dosis
7. Información de receta en la etiqueta de la botella debe corresponder con la información del médico en el formulario de "Autorización por Administrar Medicamentos." **Pide a la farmacia a proveer una botella con etiqueta adecuada para la escuela.**
8. Empleos no cortarán/quebrarán pastillas. Padres/Guardianes deben cortar/quebrar pastillas o pedir a la farmacia a cortar pastillas en la dosis correcta.
9. Medicamentos deben ser dado en su forma original a menos que direcciones escritas del the médico dice a lo contrario. Por ejemplo- abrir cápsula o aplastar pastilla y mezclar con compota de manzana/yogurt, etc.
10. Medicamentos será dado no más que 30 minutos antes o después de la hora prescrita.
11. Medicamentos OTC unicamente serán administrado acuerdo de las direcciones en la botella o caja. Si una dosis más alta es requerido, el formulario de "Autorización para Administrar Medicamentos" debe ser completado y firmado por el médico.
12. Medicamentos deben estar almacenado y administrado en la oficina de la salud a menos que los criterios para autollear estan presentado.
13. Un nuevo formulario de "Autorización para Administrar Medicamentos" es requerido a la empieza del año escolar y cada vez que hay un cambio en la dosis o hora en cual un medicamento será tomado.
14. Padres/Guardianes no deben traer más que un suministro de 60-días del medicamento de receta a una vez.
15. Algunos **medicamentos alternativos herbarios o naturales** (botánico, aceite, suplementos dietéticos o nutritivo, medicina homeopática, Medicamentos fitosanitarios, vitaminas, y minerales) requieren un formulario de "Autorización para Administrar Medicamentos" firmado por el médico y padre/guardian. LCPS no administra drogas que contienen marijuana o aceite de CBD.
16. **Medicamentos no usados DEBEN ser recogido por un padre/guardian en el día final de la escuela o será destruido.**