

Plan de Acción para las Convulsiones Agudas

Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Fecha: _____
Número de teléfono del cuidador: _____	Nombre del proveedor/lugar: _____ Número de teléfono del proveedor: _____	



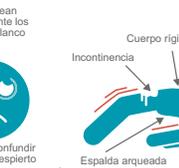
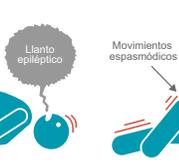
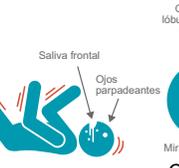
Patrón de convulsiones habitual

Desencadenantes: _____

Patrón de convulsiones: _____

Alergias: _____

Cómo se ven normalmente las convulsiones (verifique todo lo que corresponda)

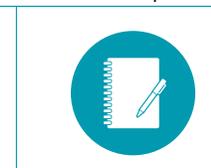
 <p>La cabeza puede caerse Desplome o caída hacia adelante</p>	 <p>Pérdida del control muscular</p>	 <p>Ocurre a través de todo el cerebro Mirada en blanco</p>	 <p>Parpadean rápidamente los ojos en blanco Se puede confundir con soñar despierto</p>	 <p>Cuerpo rígido Espalda arqueada</p>	 <p>Llanto epiléptico Movimientos espasmódicos</p>	 <p>Saliva frontal Ojos parpadeantes</p>	 <p>Ocurre en los lóbulos específicos del cerebro Mirada en blanco</p>
<input type="checkbox"/> Convulsión atónica (también llamada gota)	<input type="checkbox"/> Convulsión de ausencia (también llamada petit mal/epilepsia menor)	<input type="checkbox"/> Convulsión tónica	<input type="checkbox"/> Convulsiones clónicas	<input type="checkbox"/> Convulsión focal deteriorada de la conciencia (también llamada parcial compleja)	Describir: _____		

NOTES: _____

Cuidado

Cuidados standar necesarios

Si esto sucede, _____ proporcionar atención independiente

 <p>Cronometra la convulsión</p> <p>NOTAS: _____</p>	 <p>Mantenga a la persona segura</p> <p>NOTAS: _____</p>	 <p>No restrinjas</p> <p>NOTAS: _____</p>	 <p>Quédate con la persona</p> <p>NOTAS: _____</p>	 <p>Mantenga un registro</p> <p>NOTAS: _____</p>
---	---	--	--	---

Proporcionar tratamiento de rescate

Si esto sucede, _____ proporcionar atención estándar (arriba) y tratamiento de rescate

 <p><input type="checkbox"/> Recto</p>	 <p><input type="checkbox"/> Nariz</p>	 <p><input type="checkbox"/> Boca</p>	<p>Instrucción específica: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
---	---	--	---

Llame para obtener ayuda de emergencia

<p>Si algo de esto sucede,</p>				<p>Obtén ayuda ahora</p>	
 <p><input type="checkbox"/> Convulsiones de más de _____ minutos</p>	 <p><input type="checkbox"/> Convulsiones inusuales</p>	 <p><input type="checkbox"/> Lesión/Labios azules</p>	<p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	 <p>Llame a su proveedor de atención médica si: _____ Llame para obtener ayuda de emergencia si: _____</p>	
NOTAS: _____				NOTAS: _____	

Autorización del proveedor de atención médica

Firma: _____ Nombre impreso del proveedor: _____ Fecha: _____ Para use desde: _____