



**Student Health Services**  
**Seizure Care Plan**  
*Procedimiento a seguir en caso de una convulsión*

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Maestro(a) \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

**Madre/representante**

Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_

Pager \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

**Padre**

Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_

Pager \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Dirección (casa) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección (casa) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Historia de las convulsiones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descripción de las convulsiones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Acciones para la escuela \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo soy el padre/tutor de \_\_\_\_\_ y estoy solicitando que durante horas escolares se utilice el Plan de Procedimientos en Caso de Convulsiones.

Los empleados escolares no asumirán ninguna responsabilidad supervisando o implantando este plan de salud. Al llenar el documento del Plan de Procedimientos en Caso de Convulsiones, usted autoriza a la oficina de Servicios de Salud Estudiantiles, a discutir el plan de acción con la facultad escolar apropiada y a comunicarse con su médico por medio de correo electrónico, fax, comunicación verbal o escrita, con el propósito de proveer un ambiente seguro para su niño.

**Firma del médico:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del médico (letra de imprenta)/número de teléfono:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/representante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**