

Norfolk Escuelas Publicas Plan de Cuidado de Salud de Ataque

Estudiante Nombre: _____ Escuela: _____ Fecha: _____

Doctor Principal: _____ Teléfono: _____

Doctor de Especialidad: _____ Teléfono: _____

Padre/Madre/Guardian: _____ Teléfono: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____ **Alergias:** _____

Ataque Plan de Manejamiento

Identificar señas o síntomas de aviso que su niño/a exhibe durante un ataque	
Identificar condiciones que provocan el ataque (e.g. ruido, luces parpadeando):	
¿Que tan seguido ocurren los ataques?: Si los ataques de su niño/a son infrecuente nosotros le vamos a notificar a usted cuando uno ocurra Si los ataques de su niño/a son frecuentes que tan seguido desea usted ser notificado/a? Fecha de ultimo ataque: _____	
Largo promedio de ataque	
Tipo de Ataque <input type="checkbox"/> Grand Mal <input type="checkbox"/> Petit mal <input type="checkbox"/> otro	
Durante un Ataque: <ul style="list-style-type: none"> Siempre permanecer con el estudiante Posicionar al estudiante para evitar ahogandose en saliva Mudar el estudiante al piso si posible, y despejar area de peligros (cosas duras o afiladas) No contener estudiante o poner cualquier cosa en su boca Enrollar algo suave y colocar bajo cabeza del estudiante Aflojar cualquier ropa apretada y quitar anteojos si aplicable Pedirle a alguien permanecer con estudiante hasta consciente y ya no confundido/a 	
¿Que procedimientos quiere usted que nosotros sigamos si un ataque ocurre en la escuela?	
¿Hospitalización se ha necesitado en el año pasado para ataques? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Hacer Llamada de Emergencia al 911: Si un ataque dura mas que _____ minutos Cualquier seña de angustia respiratoria (dejar de respirar o se vuelve oscuro-a/azul Otro: _____	
Despues de un Ataque Documentar los ataques, notando 3 de las areas: ¿Que sucedio antes, durante y despues del ataque * permitirle al estudiante descansar	
Otras preocupaciones de salud o información que usted desea compartir para este estudiante:	
Medicamentos:	Dosis/horas:
Restricciones de Dieta	Otras restricciones

En repasando el archivo de salud de su niño/a una indicación de "ataques" fue notado. Por favor completar la información de arriba y regresar a la enfermera escolar de su niño/a. Si la actividad de ataque de su niño/a cambia durante el año escolar, por favor informarle a la enfermera escolar. Si usted tiene cualquier preguntas por favor llamarle a la enfermera escolar. Gracias por su asistencia.

Enfermera escolar: _____

Fecha: _____

***Padre/guardian:** _____

Fecha: _____

***Firma requerida**

DOCTOR: _____

Fecha: _____