

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: _____



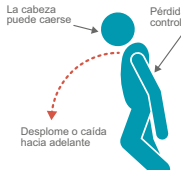

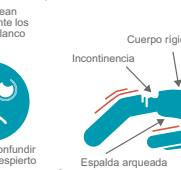
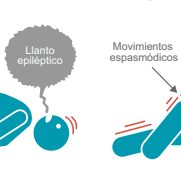
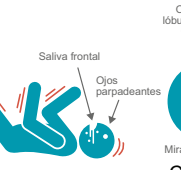


Patrón de convulsiones habitual

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>Movimientos espasmódicos Saliva frontal</p>	 <p>Ocurre en los lóbulos específicos del cerebro Mirada en blanco Ojos parpadeantes</p>	<p>Describir: _____</p>
---	---	--	--	--	--	---	-------------------------

Convulsión atónica (también llamada gota)
 Convulsión de ausencia (también llamada petit mal/epilepsia menor)
 Convulsión tónica
 Convulsiones clónicas
 Convulsión focal deteriorada de la conciencia (también llamada parcial compleja)

NOTES: _____

Cuidado

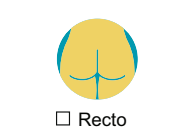
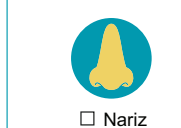
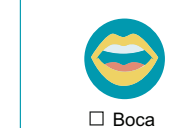
Cuidados standar necesarios

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>	
<p>NOTAS: _____</p>				<p>NOTAS: _____</p>	

Autorización del proveedor de atención médica

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