Servicios de Salud del distrito escolar Escondido Union High School District

Antecedentes Médicos y Orden de Tratamiento de Emergencia Recetado por el Médico en caso Ataque de Convulsiones (Debe ser llenado por el médico del estudiante)

Nombre del Estudiante ______ Fecha de Nac. _____ Peso _____

Antecedentes:

Orden de Tratamiento: Descripción específica de convulsiones que requieren la administración de Diastat: DIASTAT ® AcuDial™ (diazepam gel rectal) mg rectalmente por: Convulsiones de más de minutos O para o más convulsiones en minutos ¿Cuántos días entre cada dosis de Diastat?: Usar imán de VNS (estimulador del nervio vago):
DIASTAT ® AcuDial™ (diazepam gel rectal) mg rectalmente por: Convulsiones de más de minutos O para o más convulsiones en minutos ¿Cuántos días entre cada dosis de Diastat?:
Convulsiones de más de minutos O para o más convulsiones en minutos ¿Cuántos días entre cada dosis de Diastat?:
¿Cuántos días entre cada dosis de Diastat?:
Usar imán de VNS (estimulador del nervio vago):
Otro:
 Llamar al 911 si: Se llamará 911 de acuerdo con la administración de Diastat por personal sin licencia
o Se administra Diastat
o La convulsión dura más de 5 minutos
 Deja de respirar (iniciar el procedimiento de rescate /resucitación cardio pulmonar
 Aparece un color azul en los labios después del ataque
 Si no se recupera el conocimiento después del ataque
El cuidado del estudiante después de convulsiones:
El estudiante ha recibido Diastat anteriormente sin efectos adversos. Fecha:
Para poder administrar Diastat en el ámbito escolar, el estudiante debe haber recibido Diastat en un periodo menor de doce meses s
efectos adversos. Además, la frecuencia de la administración de Diastat se debe discutir y poner de acuerdo con los padres/tutores,
enfermera y el médico antes de la administración. El Diasta debe ser administrado por un profesional entrenado o un miembro
voluntario del personal.
Diastat no será administrada en un autobús escolar (911 será llamado)
Información del Médico:
Nombre del médico, enfermera facultativa/ Ayudante al médico (Letra de molde):
Firma Fecha
Número de Licencia Estado
Domicilio
Teléfono Fax
Firma de Padres/Tutores Fecha
Escuela Grado ID

4/12