



HEALTH SERVICES
Richardson Independent School District

Estimados padres/tutores:

En un esfuerzo para servir a su hijo con seguridad y eficacia en la escuela de configuración, incluido a formas que son requeridas por RISD que deben ser completados por usted o el médico de su hijo. Estas formas deben renovarse anualmente.

Los siguientes formularios serán necesarios y están incluidos en este paquete:

- *Convulsiones historia padre cuestionario*
- Médico/padres autorización para la gestión de crisis
- *Petición de los Padre y/o Proveedor para La Administración de Medicamentos por El Personal de la Escuela.* Todos los medicamentos deben tener un formulario de medicamentos. Firma del proveedor no es necesaria en los formularios si el medicamento es una receta con el nombre del estudiante correcto, dosis y una fecha dentro del año calendario en la etiqueta. La etiqueta debe describir cómo el medicamento suele ser dada y bajo qué circunstancias.

Gracias,

RISD Health Services



HEALTH SERVICES

Richardson Independent School District

Annual Health Services Prescription Provider/Parent Authorization for Seizure Management

*This form to be renewed annually and as there are significant changes in the student's medical condition (i.e. surgical intervention, etc.)

Prescripción de servicios de salud anual: Médico/padres autorización para tratamientos de convulsions

*Este formulario para ser renovada anualmente y como allí son cambios significativos en la condición médica del estudiante (es decir, cirugía, etc).

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento : _____ Sexo: _____ Grado: _____

TO BE COMPLETED BY THE PROVIDER

The parent/guardian of the above named student has notified the school that this student has a history of seizures and may require the use of Diastat®, and/or other interventions at school. Please complete this form based on your examination and knowledge of this student and sign in the space provided.

Diagnosis: _____ Student weight _____ kgs

Probable signs/symptoms of seizure activity for this student include:

- Checkboxes for symptoms: Aura, Jerking or stiffening of extremities, Eyes moving upwards/to side in rapid or "rolling" movements, Sudden loss of muscle control (such as dropping to the floor or dropping objects), Inattentiveness or appearing to be "daydreaming", Facial grimacing, lip smacking, or drooling, Inability to speak or garbled speech, Loss of consciousness, Other: _____

Medications currently prescribed for seizure management:

Table with 4 columns: Medication, Dosage, Route of Administration, Frequency

In the event of a seizure at school, the following seizure protocol will be followed (in addition to measures indicated by physician in sections below with regard to Diastat administration and Vagus Nerve Stimulators):

- 1. Assess respiratory status; if child is not breathing, call 911.
2. Keep calm - let seizure run its course. DO NOT GIVE CPR during the seizure
3. DO NOT attempt to restrain or force object between teeth
4. Ease child to floor if possible and remove objects from around the student which may cause injury
5. Turn the student on his/her side if possible to prevent aspirating saliva
6. Loosen tight clothing and place something soft and flat under his/her head
7. Note the time, duration, characteristics of the seizure activity
8. Monitor breathing, watch for turning blue around the mouth
9. Monitor seizure activity
10. Attempt to contact the parent

Per RISD Protocol, 911 will be called for seizures lasting longer than 5 minutes. In addition, 911 will be notified if indicated by the physician for _____ or more seizures within _____ minutes / hours.

COMPLETE THIS SECTION IF THE STUDENT HAS AN ORDER FOR DIASTAT

Diastat® (diazepam rectal gel) dosage: _____ mg rectally PRN for:

- Checkboxes for dosage options: Continuous seizure longer than _____ minutes, For _____ or more seizures within _____ minutes / hours

Please note: 911 will be called if Diastat® is administered.

Side effects that can be expected after administration of Diastat® are: _____

Action to be taken if student has a bowel movement or expels the Diastat®: _____

COMPLETE THIS SECTION IF THE STUDENT HAS A VAGUS NERVE STIMULATOR (VNS)

Date implanted: _____ Date activated: _____ Type of Magnet: Watch-style Pager-style

List the standardized procedure(s) to be performed: _____

Special instructions regarding this procedure (Please attach facility protocol, if applicable) _____

How frequently during the school day could the magnet be used (ex: once every hour)? _____

Side effects and interventions should side effects occur: _____

Specific instructions on utilizing the magnet: Pass magnet in a cross fashion over Pulse Generator
 Lay the magnet on the Pulse Generator for a total of _____second(s)
 Other directives _____

Under what conditions should the magnet be attached to the Pulse Generator to stop stimulation: _____

What type of equipment should the parent provide in order for this procedure to be performed? _____

FOR SELF-ADMINISTRATION OF VNS ONLY

Does this student recognize the onset of his/her seizure? Yes No

Can this procedure (re: VNS) be safely administered by the student in the school setting? Yes No

This student has been provided instruction/supervision and is capable of performing the above procedure. Yes No

Does this student need the supervision of a designated adult? Yes No

*Please attach a copy of any medical and developmental history that may be pertinent to the therapy program.

Physician's Signature: _____ Date: _____

Physician's Name (please print): _____ Phone: _____

Address: _____ Fax: _____

PARA SER LLENADO POR EL PADRE:

Mi hijo toma el bus a la escuela. SI NO

En caso de que soy incapaz de elegir a mi hijo después de Diastat ® se ha administrado, o para un periodo postictal prolongado (por IHP estudiante) o de carácter, mi hijo puede liberarse a los siguientes contactos de emergencias:

- 1. _____ Relación al niño: _____ Teléfono: _____
- 2. _____ Relación al niño: _____ Teléfono: _____
- 3. _____ Relación al niño: _____ Teléfono: _____

Yo, el abajo firmante, los padres/tutores de _____ petición que el anterior llamado servicio especializado de salud física para ser administrada a mi hijo. Entiendo que es mi responsabilidad de proveer el equipo y suministros para el cuidado de la salud anterior servicio a realizar en la escuela por el personal del distrito. Entiendo que la escuela administración nombrará una persona calificada designada para realizar el servicio de asistencia médica antes mencionado. Es mi entendimiento que en cumplimiento del servicio, la persona o personas designadas se utilizará un procedimiento estandarizado que ha sido aprobado por el médico. Notificaré a la escuela inmediatamente si cambia el estado de salud de mi hijo, cambiar a los médicos o el procedimiento es cancelado o cambiado en alguna forma. También doy mi consentimiento para liberar los registros médicos y de salud y permiso para el personal escolar apropiado en contacto con el proveedor de cuidado médico y de salud para obtener información adicional si es necesario.

Firma _____ Relación _____ Fecha _____



HEALTH SERVICES
Richardson Independent School District
Historia de Convulsiones: Preguntas al Guardian

Por favor complete todas las preguntas. Esta información es esencial para que la enfermera y personal de la escuela determinen las necesidades especiales de su estudiante y provean un ambiente de aprendizaje positivo y de apoyo. Si usted tiene preguntas acerca de como completar esta forma, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Escuela: _____ Grado: _____ Año Escolar: _____

Información de Contactos de Emergencia

	Casa:	Trabajo:	Celular:
Padre/tutor:			
Padre/tutor:			
Otra:			
Neurólogo:			
Doctor:			

Información Sobre la Convulsion:

Cuando diagnosticaron a su hijo(a) con convulsiones o epilepsia? _____

Convulsiones:

Tipo de Convulsion	Duración	Frecuencia	Descripción

Que puede hacer que comience la convulsión en su hijo(a)? _____

Hay signos y/o comportamiento que indican que va a comenzar la convulsión? SI NO

Si los hay, explique: _____

Cada cuanto tiene su hijo(a) convulsiones? _____ veces al día _____ x al mes Otra: _____

Cuando fue la ultima convulsión de su hijo(a)? _____

Ha habido cambios recientes en el patrón de las convulsiones de su hijo(a)?..... SI NO

Si los hay, explique: _____

Cómo reacciona su hijo(a) después de la convulsión? _____

Como afectan otras enfermedades el control de las convulsiones a su hijo(a)? _____

Ayuda Basica: Medidas de Cuidado y Comodidad

El cuadro de la derecha muestra los procedimientos estándar de primeros auxilios que se implementarán en RISD para un estudiante teniendo una convulsión. ¿Existen acciones adicionales que deben tomarse cuando su hijo tiene una convulsión en la escuela?..... SI NO

Si los hay, explique: _____

Necesitara que su hijo salga del salón después de convulsionar?.... SI NO

Si lo necesita, Que procedimiento recomendaría para que su hijo regrese al salón?

Primeros auxilios básicos para crisis:

- ✓ Mantenga la calma y note el tiempo que dura la crisis
- ✓ Mantenga al niño o niña a salvo
- ✓ No le inmovilice
- ✓ No le ponga nada en la boca
- ✓ Permanezca con el/ niño o niña hasta que esté totalmente consciente
- ✓ Documente las crisis

Para crisis tónico-clónicas (Gran mal):

- ✓ Proteja su cabeza
- ✓ Mantenga las vías respiratorias abiertas /observe la respiración
- ✓ Coloque al niño o niña de lado

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Convulsiones de Emergencia

El cuadro de la derecha muestra situaciones de convulsión que generalmente se consideran emergencias. Por favor describa lo que constituye una emergencia para su hijo. (Respuesta puede requerir la consulta con tratamiento médico y enfermera de la escuela.)

Ha sido hospitalizado(a) su hijo(a) por convulsiones continuas?... SI NO

Si lo ha sido, explique: _____

- Generalmente una crisis se considera como una emergencia cuando:**
- ✓ Un convulsión (tónico-clónica) dura más de 5 minutos
 - ✓ El estudiante ha tenido crisis continuas sin recobrar la consciencia
 - ✓ El estudiante tiene la crisis por primera vez
 - ✓ El estudiante está herido o es diabético
 - ✓ El estudiante tiene dificultades para respirar
 - ✓ El estudiante tiene una crisis en el agua

Medicamento y Tratamiento de las Convulsiones

Que medicamentos toma su hijo(a)?

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA Y HORA DE TOMAR	POSIBLE EFECTOS

Que medicamento de emergencia le han recetado su hijo(a)?

NOMBRE	DOSIS	¿HA SIDO ADMINISTRADO ALGUNA VEZ ANTE ESTE NIÑO? ¿CUANTAS VECES?:

Su hijo(a) tiene el implante: Estimulador del Nervio Vago "Vagus Nerve Stimulator"?..... SI NO

Consideraciones Especiales & Precauciones

Su niño usa una collar/pulsera de "alerta médica"? SI NO

Su hijo participa en deportes o escuela patrocinado actividades extracurriculares? SI NO

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Es su hijo cómodo otros avisos cuando experimentan síntomas de un posible ataque? SI NO

Cuáles son los sentimientos de su hijo acerca de tener un trastorno convulsivo? _____

Marque todas las que aplican y describa cualquier consideración o precaución que debe ser tomada en cuenta:

- Salud General: _____
- Funcionamiento Físico: _____
- Aprendizaje: _____
- Comportamiento: _____
- Amino/Adaptación: _____
- Educación Física: _____
- Recreo/Descanso: _____
- Viajes de Campo: _____
- Transporte en Bus: _____
- Otras: _____

Cuál es la mejor forma de comunicarnos con usted acerca de las convulsiones de su hijo(a)? _____

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____



HEALTH SERVICES

Richardson Independent School District

Petición de los Padres y/o Proveedor para La Administración de Medicamentos por El Personal de la Escuela

2020-2021

Fecha: _____ Escuela: _____ Maestra/Grado: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Medicamento: _____ Fecha de Vencimiento: _____ Dosis: _____

El método de administración: por la boca inhalación tópico ojo(s) oído(s) nasal inyección (círculo: IM SQ IV) rectal GT/JT

Horas para dárselo: _____ Fecha en que debe terminar: _____

El medicamento es requerido por: _____

¿Ha tomado su hijo(a) este medicamento antes? SÍ NO

Alergias medicamentosas: No alergias medicamentosas conocidas Alergia: _____

Instrucciones Especiales/Precauciones/Efectos Secundarios del medicamento: _____

Indique cómo desea que se devuelva el medicamento a su casa cuando expire el pedido de medicamento:

Enviar a casa en la mochila del estudiante* recogido por el padre o el tutor legal por favor descarte las dosis restantes

*Las sustancias controladas, por ejemplo, el Ritalin o sales de anfetamina deben ser recogidas por un padre o tutor legal, no deberán ser devueltos a el estudiante.

El distrito tomar las medidas razonables para almacenar medicamentos a temperatura ambiente a menos se requiere la refrigeración. Los padres deben tomar medicamentos casero durante vacaciones escolares para evitar la exposición de medicamentos un calor o frío extremos.

Mi firma abajo indica que yo pido el personal de RISD administre el medicamento como se indica arriba a mi hijo/hija, y yo estoy dando permiso para los empleados de RISD contacten al médico por información adicional, si es necesario. Entiendo que para los medicamentos de venta con receta, solo un suministro de 30 días, se acepta a la vez.

Firma de un Padre o Guardián: _____ e-mail: _____

Teléfono del Guardián Durante el Día: (____)____-____ Celular: (____)____-____

Nombre del Proveedor: _____ Teléfono: (____)____-____

*La firma del medico es necesaria para administrar medicamentos de venta libre por mas de diez dias escolares consecutivos desde la fecha de la solicitud original. Medicamento con la etiqueta impresa de la pharmacia no requiere la firma del medico a continuacion.

* Firma del Doctor/Proveedor: _____

FOR OFFICE USE ONLY Entered in Focus Teacher Notified ____/____ IHP in Focus & eStar (if applicable)

Prescription Medication Count:

Date	# Pills	Counter's Signature	Witness Initials	Date	# Pills	Counter's Signature	Witness Initials

Comments (Indicated by * on back of form):

Date	Comments	Date	Comments	Date	RN Review

La medicina regreso a: Padre / Estudiante _____ Fecha: _____
Parent/Student Signature

STUDENT'S NAME: _____ MEDICATION: _____

DOSAGE: _____ TIME: _____

DAY	AUG	SEPT	OCT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUNE	DAY
1												1
2												2
3												3
4												4
5												5
6												6
7												7
8												8
9												9
10												10
11												11
12												12
13												13
14												14
15												15
16												16
17												17
18												18
19												19
20												20
21												21
22												22
23												23
24												24
25												25
26												26
27												27
28												28
29												29
30												30
31												31
DAY	AUG	SEPT	OCT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUNE	DAY

CHARTING CODES

A	DC	FT	H	OOM	R	*
Absent	Discontinued	Field Trip	Hold	Out of Medication	REACH	Comments on front of form