|  |  |
| --- | --- |
| School Year |  |
| Bus # |  |

 

Seizure Action Plan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Student’s Name | Date of Birth | Grade/Teacher |
| Parent/Guardian | Phone | Cell |
| Other Emergency Contact | Phone | Cell |
| Treating Physician | Phone | Fax |
| Significant Medical History**Seizure Information** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Seizure Type** | **Length** | **Frequency** | **Description** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Seizure triggers or warning signs: Student’s response after seizure: |

**Basic First Aid: Care & Comfort**

**Basic Seizure First Aid**

* Stay calm and track time
* Keep child safe
* Do no restrain
* Do not put anything in mouth
* Stay with child until fully conscious
* Record seizure in log

**For Tonic-Clonic Seizure**

* Protect head
* Keep airway open/watch breathing
* Turn child on side

**A Seizure is Generally Considered an Emergency When:**

* Convulsive (tonic-clonic) seizure lasts longer than 5 minutes
* Student has repeated seizures without regaining consciousness
* Student is injured or has diabetes
* Student has a first-time seizure
* Student has breathing difficulties
* Student has a seizure in water

|  |
| --- |
| Please describe basic first aid procedures if different than shaded box at right: |
| Does student need to leave the classroom after seizure? [ ]  Yes [ ]  NoIf YES, describe process for returning student to classroom: |

|  |  |
| --- | --- |
| A “seizure emergency” for thisstudents is defined as:**Treatment Protocol During School Hours (include daily and emergency medications)** | **Seizure Emergency Protocol**(Check all that apply and clarify below)[ ] Contact school nurse at      [ ] Contact 911 for transport to       [ ] Notify parent or emergency contact[ ] Notify doctor at       [ ] Other:       |

**Emergency Response**

**A seizure is generally considered an emergency when:**

* Convulsive (tonic-clonic) seizure lasts longer than 5 minutes
* Student has repeated seizures without regaining consciousness
* Student is injured or has diabetes
* Students has a first-time seizure
* Student has breathing difficulties
* Student has a seizure in water

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medication** | **Dosage & Time of Day Given** | **Common Side Effects & Special Instructions** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

[ ]  **Diastat \_\_\_\_\_\_mg rectally for seizures lasting more than \_\_\_\_\_minutes** *(provided by parent)*

[ ]  **If seizure continues for more than \_\_\_\_\_\_ minutes after Diastat administration, call 911.**

[ ]  **Oxygen at \_\_\_\_\_\_liters/min via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ during seizure** *(physician order required / 02 provided by parent)*

Does Student have a **Vagus Nerve Stimulator?** [ ]  Yes [ ]  No If YES, location:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

If YES, describe magnet use: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Page 1 of 2*

**Special Considerations and Precautions (regarding school activities, sports, trips, etc.)**

Describe any special considerations or precautions:

**Physician Designation of Rescue Drug (Diastat)**

[ ]

I have prescribed Diastat for the student named above for use on an as-needed basis. In recognition of the possible need to promptly administer this drug while in attendance at Plano Independent School District, when a trained medical professional may not be available, I acknowledge that circumstances may arise in which an unlicensed assistive personnel (UAP) who have been trained by a medical professional, including but not limited to emergency medical personnel, a physician and / or a registered nurse, may need to administer Diastat to the named student.

**Physician Initials \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parent Initials \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Physician Name** |  |
|  |  |

**Physician Signature Date**

**Consentimiento del Padre de familia /Tutor a la aplicación de medicamento por Personal Auxiliar No Acreditado**

Yo **[ ] sí / [ ] no**  (marque uno) autorizo al Distrito designar personal auxiliar no acreditado (UAP) que ha sido capacitado por un profesional médico, incluyendo pero sin limitarse a, personal médico de urgencia, un doctor médico y/o enfermera acreditada, para que se aplique Diastat a mi hijo mientras esté presente en el ISD de Plano o en un evento relacionado con el ISD de Plano (como paseos escolares y eventos deportivos), cuando es posible que no haya disponible un profesional médico entrenado. Entiendo que es posible que no se provea a mi alumno los servicios escolares relacionados a la salud sin mi consentimiento requerido, como se explica aquí. **Iniciales del padre/madre** \_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento de los padres para revelar los datos y una fotografía**

Yo [ ]  sí autorizo / [ ]  no autorizo (señale uno) al ISD de Plano a exhibir una fotografía de mi hijo e indicar que esta persona tiene asma. Entiendo que el personal escolar que tiene trato con mi hijo recibirá información acerca de mi hijo que le ayudará en una situación de urgencia. Esto puede incluir, pero no se limita a: personal de la oficina de salud y sus suplentes, maestros y auxiliares de salón, maestros de asignaturas especiales, maestros suplentes, personal de oficina, personal de comedor y conductores de autobús. Entiendo que el motivo de eso es de permitir al personal escolar a mejor prevenir y responder a posibles emergencias. Esta autorización está vigente desde la fecha de su firma hasta terminar el año escolar**. Iniciales del padre/madre** \_\_\_\_\_\_\_

**Autorización del padre de familia/tutor para que el Personal Escolar Comunique los Datos Médicos**

*Autorizo a los representantes del Distrito, incluyendo los profesionales médicos y UAPs del Distrito, a compartir con el profesional médico o proveedor de salud identificado anteriormente, u obtener de dicha persona, los datos médicos de mi alumno a fin de planificar, implementar o aclarar las acciones necesarias en la aplicación de servicios escolares relacionados con la salud, que incluyen pero no se limitan a: atención de urgencia, cuidado para cualquier diagnóstico, tratamientos médicos según lo desglosado en el IHP del alumno, su PLAN 504, IEP o algún otro formulario de PISD solicitados para prestar los servicios médicos escolares. Con mi firma en esta Autorización, reconozco plenamente que la información utilizada o divulgada conforme a esta Autorización podría estar sujeta a la divulgación secundaria por las personas aquí autorizadas y la(s) con quien(es) se comunica(n), y dejar de ser protegidos por las reglas de HIPAA. Entiendo que dicha divulgación secundaria podría ser errónea, causarme vergüenza, causar disputas familiares, ser mal interpretado por profesionales no médicos y de otra manera causarme a mí y mi familia diferentes formas de daño. Por la presente exonero a cualquier Proveedor Médico que actúe confiado en esta Autorización contra cualquier responsabilidad que pudiese resultar de divulgar los Datos Médicos Personales e Identificables de mi hijo.* *No se proveerá al alumno los servicios escolares relacionados a la salud descritos en este documento sin el consentimiento del padre de familia/tutor, según se explica aquí.* Iniciales del padre/madre \_\_\_\_\_\_\_

**Exoneración del Padre de familia/Tutor de Reclamaciones contra el Distrito y Acuerdo de Mantener Indemne**

Hasta donde permite la ley, a nombre mío y del alumno, libero y acepto defender, mantener indemne y sacar en paz y a salvo al Distrito contra cualquier reclamación, daño, demanda, o acción que de manera directa o indirecta resultara de, estuviera relacionado con, o surgiere de, la aplicación al Alumno del Medicamento, la autoaplicación del Alumno de Medicamento y/o la divulgación de Datos de Salud que Permiten la Identificación Individual. Deberá interpretarse esta exoneración de la forma más amplia posible. Incluye la exoneración de cualquier reclamo contra el Distrito por razón de desatención o responsabilidad objetiva de su parte, sea exclusiva o coadyuvante, incluyendo cualquier responsabilidad que resultara de la infracción supuesta de alguna ley (aparte de las que protegen contra la discriminación por motivo de raza, edad, sexo u otra categoría que ha históricamente ha experimentado la discriminación), que nace de, es relacionada con, o surge de, sea directa o indirectamente, la aplicación al alumno por parte del Personal Escolar de medicamento según se describe en este documento y/o la divulgación de los Datos Médicos Personales e Identificables incluyendo, de manera enunciativa más no limitativa, acusaciones de que el Personal Escolar por negligencia no reconoció las síntomas que requieren el uso del Medicamento de mi hijo, interpretó mal las síntomas que creía obligar el uso del Medicamento de mi hijo, aplicó con descuido o no aplicó el(los) Medicamento(s) para Ataques y /o "sobre divulgó" los Datos Médicos Personales e Identificables de mi hijo.

Las Directrices Administrativas para la Salud Escolar desarrolladas por el Distrito Escolar Independiente de Plano están sujetas a la Ley de Americanos con Discapacidades ("ADA"), 42 U.S.C. §12101, et seq.; Fracción 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 ("Sección 504"), 29 U.S.C. § 701, et seq.; y la Ley de Educación para Personas con Discapacidades ("IDEA"), 20 U.S.C. § 1400 et seq.

**Nombre del padre/madre/tutor:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del padre de familia/tutor**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_