

Mi plan de respuesta a las convulsiones

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 1° Contacto de emergencia / Relación: _____ Teléfono: _____
 2° Contacto de emergencia / Relación: _____ Teléfono: _____

Información de las convulsiones

Tipo de convulsión	Lo que pasa	Cuánto dura	Con qué frecuencia

Desencadenantes

Medicamentos

Nombre del medicamento	Cantidad diaria total	Cantidad del medicamento (etiqueta)	Cómo se toma (dosis y horario de cada dosis)

Otros tratamientos

Tipo de dispositivo: _____ Modelo: _____ # de serie: _____ Día de implantación: _____
 Terapia dietética: _____ Fecha de inicio: _____
 Instrucciones especiales: _____

 Otras terapias: _____

Primeros auxilios en un ataque de epilepsia

- Mantener la calma y despejar la zona alrededor
- Mantener las vías respiratorias libres, girar el cuerpo de lado, no poner nada en la boca
- Quitar objetos peligrosos, no restringir movimientos convulsivos
- Tomar el tiempo, observar lo que sucede
- Permanecer con la persona hasta que se recupere
- Otros cuidados necesarios: _____

Llamar a emergencias si...

- La convulsión generalizada dura más de 5 minutos
- Dos o más convulsiones sin recuperación entre convulsiones
- Si ocurre una lesión, si se sospecha de una o si la convulsión sucede en el agua
- La respiración, el ritmo cardíaco o el comportamiento no regresa a la normalidad
- Fiebre o dolor inexplicable horas o días después

Cuándo es necesaria ayuda adicional para las convulsiones

Tipo de emergencia (Convulsiones largas, en grupo o repetidas)	Descripción	Qué hacer

Tratamientos complementarios (otras medicinas, imán de estimulación del nervio vago)

Nombre	Cantidad	Cuándo darla	Cómo darla

Contacto médico

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Enfermera/Otro profesional de la salud: _____ Teléfono: _____

Hospital de preferencia: _____ Teléfono: _____

Atención primaria: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Instrucciones especiales: _____

Mi firma _____ Fecha: _____

Firma del profesional de la salud _____ Fecha: _____