

**HALLSVILLE INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
SEIZURE EMERGENCY PLAN**

Student Name: _____ **School ID #:** _____

Physician: _____ **Hospital of Choice:** _____

Check All That Apply

My child's most frequent seizure type includes:

- Usually lasts ____ seconds/minutes
- Brief staring spell
- May walk around
- May perform aimless activities
- Sudden cry, fall, rigidity, followed by muscle jerks, saliva on lips, bluish skin color
- Possible loss of bladder or bowel control
- Some confusion, headache and fatigue followed by full return of consciousness

Parent notification (post seizure care)

- Report observations immediately
- Send note home to parent
- Allow _____ minutes to rest and reorient and return to class
- If seizure lasts more than _____ minutes send to the ER

If multiple seizures occur, 911 will be called.

MEDICATION	DOSAGE	TIME(S)	ROUTE	TAKEN AT SCHOOL
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Special Instructions: _____

The undersigned parent/guardian authorizes the release and/or exchange of medical information between the school nurse and my child's physician named above as it relates to this medical condition. I further authorize the school nurse to inform school personnel with a need to know concerning my child's condition. I understand that this includes the Transportation department to insure my child's safety while being transported to and from school as well as during school hours. I understand that professional staff will use the medical information given or received and that this information will not be release to any other party not designated herein.

Parent/Guardian Signature

Date: _____

**HALLSVILLE INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
PLAN DE EMERGENCIA DE ATAQUES**

Nombre de estudiante: _____

Número de identidad escolar: _____

Doctor: _____ **Hospital preferido:** _____

Marque todos que aplican:

El ataque frecuente de mi hijo incluye: Notificación de padres (después de cuidado de ataque)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Normalmente dura ___ segundos/minutos <input type="checkbox"/> Breve momento de mirando fijamente <input type="checkbox"/> Es posible caminar <input type="checkbox"/> Es posible que haga actividades sin rumbo <input type="checkbox"/> Imprevisto grito, caída, rigidez seguida por movimiento brusco de los músculos, saliva en los labios, piel con color azul <input type="checkbox"/> Es posible perder control de vejiga o intestino <input type="checkbox"/> Un poco confuso, dolor de cabeza y seguido por el regresar de conciencia total. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reportar observaciones inmediatamente <input type="checkbox"/> Mandar carta a los padres <input type="checkbox"/> Permitir ___ minutos para descansar y regresar a clase <input type="checkbox"/> Si el ataque dura más que ___ minutos lleve a la sala de emergencia |
|--|---|
- Si ocurren muchos ataques, llamaremos a 911.**

MEDICAMENTOS	DOSIS	HORA DE TOMAR	RUTA	TOMAR EN LA ESCUELA
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Instrucciones especiales:

La firma abajo del padre/tutor autoriza el hacer público y/o intercambio de información medical entre la enfermera escolar y el doctor de mi hijo nombrado arriba como relata a esa condición medical. También yo autorizo que la enfermera escolar informe a personal escolar cuando necesitan saber en cuanto a condición de mi hijo. Yo entiendo que esto incluye el departamento de transportación para asegurar el cuidado de mi hijo cuando esté llevado a y de la escuela y también durante las horas escolares. Yo entiendo que personal profesional usará la información medical dado o recibido y que esta información no hará público a otras personas no designadas aquí.

Firma de padre/tutor

Fecha