



**MENASHA JOINT SCHOOL DISTRICT**  
*School Health Services*  
**SEIZURE EMERGENCY HEALTH PLAN**



Name: \_\_\_\_\_ D.O.B: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Health Care Provider \_\_\_\_\_ Provider Phone: \_\_\_\_\_

| Seizure Type | Length | Frequency | Description |
|--------------|--------|-----------|-------------|
|              |        |           |             |
|              |        |           |             |
|              |        |           |             |

**Seizure Triggers or warning signs:**

---

**Student's response after seizure:**

---

**A "seizure emergency" for this student is defined as:**

|  |  |
|--|--|
| <p style="text-align: center;"><b><u>Basic Seizure First Aid</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Stay calm and track time of seizure</li> <li>● Keep child safe</li> <li>● Protect head</li> <li>● Do not restrain</li> <li>● Do not put anything in the mouth</li> <li>● Keep airway open/watch breathing</li> <li>● Turn child on side</li> <li>● Stay with child until fully conscious</li> <li>● Record seizure in log</li> </ul> | <p style="text-align: center;"><b><u>Call 911 if</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Student is injured or has diabetes</li> <li>● Student has breathing difficulties</li> <li>● Student has a seizure in water</li> <li>● Convulsive seizure last longer than 5 minutes</li> <li>● Student has repeated seizures longer than 10 minutes without regaining consciousness</li> <li>● Emergency medication (listed below) is given</li> </ul> |
|--|--|

| Emergency Medication | Dosage | Common side effects & Special instructions |
|----------------------|--------|--|
|                      |        |  |
|                      |        |  |

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian Signature    Date    Physician/HCP Authorization Signature    Date

I hereby authorize the school district staff members to take whatever action in their judgment may be necessary in supplying emergency medical services with this plan, including the administration of medication to my child. I also hereby authorize the school district staff members to disclose my child's protected health information to all staff, chaperones and other non-employee volunteers at the school or at school events and field trips. I hereby give my permission to school personnel to contact the child's physician if necessary. I understand it is my responsibility to see that the medication is delivered to the school office in the original container and to pick up any remaining medication within one week after the last day of the school year. Medication remaining at school will be discarded.(8/24/2022)



**DISTRITO ESCOLAR DE MENASHA**  
*Servicios de salud en la escuela*  
**PLAN DE SALUD DE EMERGENCIA PARA CONVULSIONES**



**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de naci:** \_\_\_\_\_ **Escuela:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Médico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del médico:** \_\_\_\_\_

| Tipo de convulsión | Duración | Frecuencia | Descripción |
|--------------------|----------|------------|-------------|
|                    |          |            |             |
|                    |          |            |             |
|                    |          |            |             |

**Desencadenantes o signos de la convulsión:**

**Respuesta típica del estudiante después de la convulsión:**

**Una «emergencia convulsiva» para este estudiante se define como:**

**Primeros auxilios basicos durante una convulsión**

- Manténgase tranquilo y anote el tiempo de duración de la convulsión
- Mantenga seguro a la persona
- Proteja la cabeza de la persona
- No abrace fuerte a la persona
- No coloque nada en la boca de la persona
- Mantenga abierta a la vía respiratoria y fíjese en la respiración
- Acueste a la persona sobre un costado
- Permanezca con esa persona hasta que esté completamente consciente
- Apunte el incidente en el registro de seguimiento

**Llame al 911 Si:**

- la persona se lesiona o tiene diabetes
- Tiene dificultades para respirar
- La convulsión se presenta cuando la persona está en el agua
- La convulsión dura más de 5 minutos
- La persona tiene convulsiones repetidas por más de 10 minutos sin recobrar la conciencia
- Se administran medicamentos de emergencia (ver la lista a continuación)

| Medicamento de emergencia | Dosis | Administración de medicamentos e instrucciones especiales |
|---------------------------|-------|---|
|                           |       |   |
|                           |       |   |

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Firma de padre/tutor                                  Fecha                                  Firma del médico                                  Fecha

Por medio de la presente, autorizo a los miembros del personal del distrito escolar para que tomen cualquier acción que sea necesaria según su criterio para proporcionar servicios médicos de emergencia a mi hijo de acuerdo con este plan, tal como la administración de medicamentos. También autorizo a los miembros del personal del distrito escolar a divulgar la información médica protegida de mi hijo con todo el personal, acompañantes y otros voluntarios que no sean empleados de la escuela o durante eventos y excursiones escolares. Doy mi permiso al personal escolar para que se comunique con el médico de mi hijo si es necesario. Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que el medicamento que se entregue en la oficina de la escuela este en el recipiente original y a recoger cualquier medicamento restante hasta una semana después del último día del periodo escolar. Se descartarán los medicamentos que no sean recogidos en la escuela después de este tiempo. (8/24/2022)