

**UMATILLA-MORROW HEAD START - PROTOCOLO PARA UN ATAQUE
(Para ser Completado por el Doctor- los Padres o Guardianes del Niño)**

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Proveedor _____ Número de Teléfono: _____

¿La condición de ataque del niño fue diagnosticada por un doctor? Si No Si, "Si," ¿Cuándo y cual fue el diagnóstico? _____

¿Típicamente, como son los ataques de su niño? _____

¿Con que frecuencia tiene ataques su niño? _____

¿Cuándo le pega a su niño un ataque? _____

¿Típicamente, son los ataques asociados con fiebre? Si No

¿Ha sido hospitalizado el niño por los ataques? Si No

¿Toma el niño medicamento para esta enfermedad? Si No

¿Cuándo y con que frecuencia toma el niño medicamento para ataques? _____

¿Se requiere que el personal de Head Start administre el medicamento mientras que el niño esta bajo nuestro cuidado inmediato? Si No Si, "Si," explicar porque no se puede administrar el medicamento(s) en casa: _____

Administrar MEDICAMENTOS según las siguientes indicaciones:

Nombre del Medicamento	Método de Administración	Dosis	Frecuencia de Uso – Cuando Usarlo

Síntomas de los Ataques: _____

El personal del Head Start debe hacer lo siguiente si el niño muestra síntomas de actividad de ataque en la escuela:

- mantener su presencia calmada y ofrecer apoyo verbal continuo,
- proteger contra lesiones de objetos alrededor del niño, quitar muebles, objetos que puedan herir, (NO RESTRINGIR AL NIÑO O PONER CUALQUIER COSA EN LA BOCA DEL NIÑO)
- prevenir lesiones poniendo una almohada u objeto suave debajo de la cabeza del niño,
- si el ataque es grave ayude al niño a mantener las vías respiratorias abiertas acostándolo de lado,
- después del ataque tranquilizar y volver a enfocar al niño a sus alrededores,

Head Start debe notificar a los padres cuando: _____

Personal del Head Start debe llamar al número de emergencia 911 y buscar CUIDADO DE EMERGENCIA MEDICO si:

- el ataque dura mas de 5 minutos
 - el niño tiene un ataque después de otro sin recuperar el conocimiento
 - el niño no vuelve a respirar después que se acaba el ataque (empezar ha darle respiración de rescate)
- otro: _____

Pido y autorizo que se siga este PROTOCOLO PARA EMERGENCIA para el periodo que comienza con el _____ día de _____, 20____, hasta el _____ día de _____, 20____, a causa de que existe razón valida de salud lo cual hace necesario que este protocolo sea establecido según sea necesario. En todos los casos el protocolo de emergencia para un ataque debe ser revisado por el personal de Head Start anualmente.

Firma del Doctor: _____ Fecha: _____

Mi firma de abajo significa que doy mi consentimiento para que el personal de UMCHS establezca los procedimientos del PROTOCOLO DE EMERGENCIA identificados por el doctor de mi niño de acuerdo con el cuadro de tiempo que se encuentra en esta lista. No debe exceder un año escolar.

Firma de Padre/Madre: _____ Fecha: _____

Los Defensores de Niño y Familia son responsables de asegurar que el personal de sustituto sea informado de los procedimientos anotado dentro de este Registro de Administración de Medicamento.
Mantener la copia original completada en el Archivo del Centro y con copia en el Archivo de Contrato para Emergencia y HSD.