

Plan de asistencia al niño en caso de padecer un ataque

El plan de asistencia al niño en caso de padecer un ataque identifica a todos los miembros del equipo y explica las instrucciones de comunicación (cómo, cuándo y con cuánta frecuencia) y toda la información necesaria para brindar ayuda al niño que padezca un ataque en el programa de cuidado de niños.

Nombre del niño(a): _____ Fecha: _____
Mes /Día /Año

Nombre del establecimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____
Mes /Día /Año

.....
Descripción de la afección o trastorno que ocasiona ataques: _____

¿Tiene el niño alguna otra afección de salud? _____

Describa la apariencia de los ataques: (1) ¿Qué parte del cuerpo es afectada? (2) ¿Cuánto tiempo duran los episodios de ataque por lo general? _____

Describa cualquier “desencadenante” conocido (comportamientos o síntomas) **que ocasione ataques:** _____

Explique con detalle la frecuencia y duración típicas de los ataques del niño:

¿Lo han asistido al niño en la sala de emergencias debido a los ataques? _____ ¿Cuántas veces? _____
 ¿Ha pasado el niño la noche internado en el hospital debido a los ataques? _____ ¿Cuántas veces? _____

Nombres y cargos de los miembros del equipo (se debe incluir el nombre de los padres)

Coordinador de la asistencia (persona a cargo del desarrollo y puesta en acción del *Plan de asistencia al niño en caso de padecer un ataque*):

① *En caso de que se necesite capacitación, se capacitará a TODOS los miembros del equipo.*

Estrategias planificadas para satisfacer las necesidades y seguridad del niño cuando tenga un ataque: (ejemplo: pañales, llevarlo al baño, juego en el patio, siesta, dormir, etc.) _____

Plan de Servicio Individualizado para la Familia (IFSP) adjunto. Plan de Educación Individualizada (IEP) adjunto.

PROBLEMA	TRATAMIENTO	RESPUESTA DESEADA
En riesgo de lesionarse debido a actividad incontrolable durante el ataque.	Si al niño le da un ataque, el personal retirará los objetos del lugar y colocará una toalla o tela doblada debajo de la cabeza del niño. Se usará casco protector tal como se indica.	Se prevendrán las lesiones relacionadas con las actividades por el ataque.
En riesgo de aspirar secreciones respiratorias o vómito durante el ataque.	Si al niño le da un ataque, el personal colocará al niño de lado.	El niño no aspirará cuando le de un ataque.
Alteración de la auto estima relacionada con el ataque o uso de casco protector.	Proporcione muchas oportunidades para que el niño tenga éxito. Elogie los logros. Brinde oportunidades para que el niño exprese sus sentimientos con respecto a los ataques y cualquier restricción de actividades. Asegúrele a los otros niños del grupo que el niño estará bien si padece un ataque.	El niño se adaptará exitosamente a los requisitos que conllevan vivir con un trastorno de ataques. El niño demostrará una actitud positiva para aprender actividades. Los otros niños se sentirán seguros.
Los padres o el niño tal vez no sepan cuáles son los desencadenantes de un ataque.	El personal registrará la ocurrencia de cualquier ataque en el <i>Registro de Actividades en Caso de Ataque</i> adjunto.	Los padres, el personal y el niño aprenderán a identificar los desencadenantes y a evitarlos.
El niño puede tener mucho sueño, pero se muestra indiferente después de un ataque.	El personal se asegurará de que el niño responde después de un ataque, luego le permitirá al niño que duerma o descanse.	El niño podrá dormir o descansar de forma segura, en caso necesario, después del ataque.

Comunicación

¿Cuál es el objetivo de comunicación del equipo y cómo se lo logrará? (ejemplo: notas, registro de comunicación, llamados de teléfono, reuniones, etc.): _____

¿Con cuánta frecuencia se comunicará el equipo? **A diario** **Semanalmente** **Mensualmente** **Cada quincena**

Fechas y horas específicas: _____

Otros profesionales involucrados

Teléfono

Profesional de la salud (MD, NP, etc.): _____

Terapeuta ocupacional: _____

Fisioterapeuta: _____

Neurólogo especialista: _____

Otro: _____

Información médica específica

❖ Se dio información de documentación médica y está adjunta: Sí No

Formulario de intercambio de información completado por el profesional de la salud cuyo nombre consta en el registro

Cualquier alergia conocida a alimentos o medicamentos: _____

❖ Medicamento que debe suministrarse: Sí No

Formulario de suministro de medicamento completado por el profesional de la salud y los padres, cuyos nombres constan en el registro (debe incluir el tipo de medicamento, método de administración, cantidad, horario, posibles efectos secundarios, etc.)

Necesidad de capacitación especial al personal

Tipo (sea específico): _____

Capacitación brindada por: _____ Fecha de la capacitación: _____

Información adicional (incluya cualquier episodio inusual o cambios en el comportamiento que puedan ocurrir cuando el niño esté en el programa de cuidado de niños y describa cómo se puede manejar la situación)

Programa de apoyo al que el niño participa fuera del horario del programa de cuidado de niños

Nombre del programa: _____

Domicilio y número de teléfono: _____

Persona de contacto: _____

Procedimientos en caso de emergencia

Se necesitan procedimientos especiales de emergencia o médicos. Instrucciones en caso de emergencia: _____

❖ Llamar al 911 si: Dura más de _____ minutos. El niño no responde después del ataque.
 Otro: _____

En caso de emergencia llamar a (nombre de la persona): _____ Teléfono: _____

Seguimientos o revisiones

Se revisará o actualizará este *Plan de Asistencia al niño en caso de un ataque* cada vez que haya cambios en los medicamentos, condición de salud, o al menos cada 12 meses según la opinión colectiva de los miembros del equipo.

Fecha de reunión del equipo para revisar el plan: _____