



**DOCUMENTO PARA EL 112**  
**Incorporar al programa de Educación (PLUMIER<sup>®</sup>)**

**ANEXO IV**

**ALERTA  
 ESCOLAR**

**PRESCRIPCIÓN EN CASO DE CONVULSIÓN**

**Imprescindible entregar en el colegio.**

Nombre y Apellidos:		
CIPA:		
Fecha de nacimiento:		Sexo:
Edad:		
Peso (Kg):	Centro Escolar:	Curso:
ALERGICO A:		
DIAGNÓSTICO:		

**MEDICACIÓN A ADMINISTRAR:**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diazepam (Stesolid(r))[ ] mg</li> <li>• Midazolam (Buccolam(r))[ ] mg</li> </ul>
---

**FIRMADO**

<b>D./ Dña.:</b>
<b>Nº Colegiado:</b>
<b>Fecha:</b>



**ANEXO IV**  
**ALERTA**  
**ESCOLAR**

**DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ACTUACIÓN DE EMERGENCIAS EN CASO DE CONVULSIÓN**

Foto	<b>Alumno/a:</b>		
	<b>Nombre y Apellidos:</b>		
	<b>CIPA:</b>		
	<b>Fecha de nacimiento:</b>		<b>Sexo:</b>
	<b>Edad:</b>		
	<b>Peso (Kg):</b>	<b>Centro Escolar:</b>	<b>Curso:</b>
	<b>ALERGICO A:</b>		

**COMO RECONOCER UNA CONVULSIÓN:**

La convulsión puede manifestarse como alteración del estado de conciencia, movimientos anormales, cambios en el tono postural y/o contracciones enérgicas e involuntarias de los músculos de aparición brusca y duración limitada (segundos a minutos).

**QUE DEBE HACER:**

- ✓ Intentar **mantener la calma**. La mayoría de las crisis ceden por sí solas. Mire la hora a la que ha empezado.
- ✓ Coloque al **niño tumbado de lado**, sobre un costado (esto le permitirá respirar mejor) y lejos de objetos con los que pueda golpearse (y si es posible en una superficie blanda (toalla, ropa...)).
- ✓ **Retire** gafas, u objetos que puedan hacerle daño.
- ✓ **Avisar al 112** y siga las Instrucciones que les indiquen. Comunique que se trata de una CONVULSIÓN.
- ✓ Si la **convulsión dura más de 2-3 minutos**, administre medicación (ver cuadro), **previa llamada al teléfono de emergencias número 112**. No dude en administrarle la medicación (DEBER DE SOCORRO).
- ✓ Si la **crisis es febril** aplicar paños mojados en la frente, axilas e ingles.
- ✓ Cuando despierte sea amable y transmítale tranquilidad.
- ✓ Llamar a la familia al teléfono indicado en el colegio.

ADMINISTRAR	MEDICACIÓN
<p>Diazepam            (Stesolid(r))[ ]            mg</p>	<p>La medicación a administrar es diazepam (Stesolid®). La dosis a administrar es una cánula de    mg por vía rectal.</p> <p><b>NORMAS DE ADMINISTRACIÓN</b></p> <p>1. Girar cuidadosamente la lengua, 2 o 3 veces, sin tirar, hasta que se separe.</p> <p>2. Colocar al niño boca abajo o tendido de lado.</p> <p>3. Cuando el microenema se halla insertado, vaciarlo ejerciendo presión con los dedos índice y pulgar.</p> <p>4. Retirar la cánula y mantener las nalgas del niño apretadas para evitar una posible pérdida del líquido.</p>
<p>Midazolam            (Buccolam(r))[ ]            mg</p>	<p>Como alternativa al diazepam (Stesolid®) se puede administrar    mg de midazolam (Buccolam®). Se administra por vía bucal. Se debe introducir lentamente toda la solución en el espacio entre la encía y la mejilla.</p> <p>Se debe administrar una sola dosis de midazolam y entregar la jeringa vacía al médico para que sepa qué dosis ha recibido el paciente.</p>

**QUE NO DEBE HACER:**

- ✗ Intentar colocarle nada en la boca.
- ✗ Sujetar al niño.
- ✗ Echar agua por encima, o agitar al niño, esto no va a conseguir que se recupere antes.
- ✗ Cuando recobre la conciencia no ofrecer agua ni alimentos. Hasta que la persona esté completamente despierta no puede ingerir nada.

**FIRMADO**

**D./ Dña.:**

**Nº Colegiado:**

**Fecha:**

La validez de este informe será indefinida, salvo que cambie la situación clínica o la medicación del paciente, en cuyo caso los padres solicitarán nuevo informe al pediatra o médico de familia.



## AUTORIZACIÓN PARA PERSONAL ESCOLAR ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN CASO DE CRISIS CONVULSIVA

Yo D./Dña: .....(  Padre/ madre/  tutor/a legal),  
 con DNI:..... **autorizo** al personal del centro educativo, **a administrar** en caso de  
 emergencia la medicación anticomicial a mi hijo/a **ASISTENCIA NIÑO PROHIBIDO USAR PARA**  
 como se indica este documento.

Me **comprometo** a aportar la medicación al Centro Educativo, claramente identificada con el nombre y  
 curso del alumno y a sustituirla en caso de cambio de tratamiento o caducidad.

**Libero** de toda responsabilidad a la persona que lo administre, en el caso muy improbable de que  
 aparezca alguna complicación.

Después de administrar la medicación deberá llamar al número (teléfono  
 familiar).....

Atentamente,

En                    a                    de                    de 20

FIRMAS REPRESENTANTES LEGALES	FIRMA CENTRO EDUCATIVO
D. /Dña..... Padre/Madre/Tutor/Tutora  D. /Dña..... Padre/Madre/Tutor/Tutora	D./Dña.....  Representante del centro educativo



**ANEXO IV**  
**ALERTA**  
**ESCOLAR**

**INSCRIPCIÓN EN ALERTA ESCOLAR**

D/Dª.....con DNI: ..... (  Padre/ madre/  tutor/a legal)  
D/Dª.....con DNI: ..... (  Padre/ madre/  tutor/a legal)

**AUTORIZO PARA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS POR PARTE DEL CENTRO EDUCATIVO CON EL FIN DE INCLUIRLOS EN EL PROGRAMA “ALERTA ESCOLAR”**

En cumplimiento del Reglamento General Europeo (UE) 2016/679 y , de acuerdo con lo dispuesto en el art. 7 de la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales van a ser tratados los datos se le informa que sus datos personales, van a ser objeto de tratamiento por parte del Programa Alerta Escolar ha suscrito un convenio/acuerdo con el Centro.....con la finalidad de coordinar la asistencia sanitaria. No podrán ser cedidos o tratados por terceras personas, físicas o jurídicas, sin el previo consentimiento del tutor o representante legal del menor, salvo en aquellos casos en los que fuere imprescindible para la correcta prestación del servicio.*

El tratamiento de los datos personales de un menor de edad únicamente podrá fundarse en su consentimiento cuando sea mayor de catorce años (se exceptúan los supuestos en que la ley exija la asistencia de los titulares de la patria potestad o tutela para la celebración del acto o negocio jurídico en cuyo contexto se recaba el consentimiento para el tratamiento).

El tratamiento de los datos de los menores de catorce años, fundado en el consentimiento, solo será lícito si consta el del titular de la patria potestad o tutela, con el alcance que determinen los titulares de la patria potestad o tutela.

Expresamente a que una copia de esta solicitud quede custodiada en el centro escolar y que sea entregada por el personal dependiente del mismo para el cumplimiento de los fines del programa ALERTA ESCOLAR. Asimismo, esta solicitud tiene que **ir acompañada del Informe Médico de Escolarización.**

Por todo lo anterior, el interesado acepta participar en este programa y manifiesta de forma expresa, con la firma del presente documento, haber sido informado del tratamiento que se va a dar a sus datos de carácter personal, así como de aceptar voluntariamente dicho tratamiento.

En....., a.....de.....del.....

Firma del escolar (mayor 14 años):

Firma/s de representantes legales (menor 14 años):

**REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN**

D/Dª.....con DNI: ..... (  Padre/ madre/  tutor/a legal)  
D/Dª.....con DNI: ..... (  Padre/ madre/  tutor/a legal)

**REVOCO** la autorización anteriormente para la inclusión en el programa de ALERTA ESCOLAR en la Región de Murcia y para el tratamiento de mis datos de carácter personal.

En....., a..... de ..... de .....

Firma del escolar (mayor 14 años):

Firma/s de representantes legales (menor 14 años):

*Los datos de carácter personal serán tratados por el Servicio Murciano de Salud, cuya finalidad es la Asistencia Sanitaria y Social, Investigación y formación. Control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias. Vigilancia y control de la salud pública. Históricos, estadísticos y científicos. Finalidad basada en el cumplimiento de obligaciones legales que impone el art. 6.1.a), 6.1 c) y 6.1 e) del Reglamento General Europeo de Protección de Datos y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, de limitación y oposición a su tratamiento, ante el Director Gerente sito en C/Central. Edf. Habitamia nº7 30100-Murcia o en la dirección de correo electrónico: dpd-sms@car.m.es. Puede consultar la información adicional en nuestra página web [www.murciasalud.es/proteccion\\_datos](http://www.murciasalud.es/proteccion_datos)*