

SEIZURE ASSESSMENT CHECKLIST

Nombre del Estudiante: _____ **Año Escolar:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Grado:** _____ **Escuela:** _____ **Salón:** _____

Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

Padre/Tutor correo electrónico: _____ Lenguaje Preferido: _____

Otro Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

Neurólogo del Niño: _____ Teléfono: _____

Localización: _____

Doctor de Cabecera del Niño: _____ Teléfono: _____

Localización: _____

Antecedentes o condiciones médicas significativas:

¿A quién debe llamar/enviar un mensaje de texto la enfermera de la escuela si hay un problema de salud durante el día escolar?

Nombre Relación Teléfono

Nombre Relación Teléfono

INFORMACIÓN DE CONVULSIÓN

¿Cuándo le diagnosticaron convulsiones o epilepsia a su hijo? _____

| Tipo de Convulsión | Duración | Frecuencia | Descripción |
|--------------------|----------|------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Continua en la Siguiete Página

¿Qué podría desencadenar una convulsión en su hijo? _____

¿Hay alguna advertencia y/o cambios de comportamiento antes de que ocurra la convulsión? No Si

Si SI, por favor explique: _____

¿Cuándo fue la última convulsión de su hijo? _____

¿Ha habido algún cambio reciente en los patrones de convulsiones de su hijo? No Si

Si SI, por favor explique: _____

¿Cuándo fue la última convulsión de su hijo? _____

¿Cómo reacciona su hijo después de una convulsión? _____

¿Cómo afectan otras enfermedades el control de las convulsiones de su hijo? _____

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS: CUIDADO Y COMODIDAD

¿Necesitará su hijo abandonar el salón de clases después de una convulsión? No Si

Si SI, ¿Qué proceso recomendaría para que su hijo regrese al salón de clases?

EMERGENCIAS DE CONVULSIONES

Describa qué constituye una emergencia para su hijo (La respuesta puede requerir una consulta con el médico que lo trata y la enfermera de la escuela. **** Tenga en cuenta que la enfermera de la escuela seguirá las órdenes actuales del proveedor de atención médica.** Describa abajo.

¿El niño ha sido hospitalizado alguna vez por convulsiones continuas? No Si

Si SI, por favor explique. Describa abajo.

INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTO PARA CONVULSIONES

¿Qué medicamentos toma su hijo?

| Medicamento | Dosis | Frecuencia y Hora del Día en que se toma | Efectos Secundarios Posibles |
|-------------|-------|--|------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Continúa en la Siguiente Página

¿Qué medicamentos de emergencia/rescate se recetan para su hijo?

| Medicamento | Dosis | Instrucciones de Administración (tiempos* & métodos**) | Qué hacer después de la administración |
|-------------|-------|--|--|
| | | | |
| | | | |

¿Qué medicamento(s) necesitará tomar su hijo durante el horario escolar? _____

¿Alguno de estos medicamentos debe administrarse de manera especial? No Si

Si SI, por favor explique _____

¿Se debe vigilar alguna reacción específica? No Si

Si SI, por favor explique _____

¿Qué se debe hacer cuando su hijo omite una dosis (en casa o en la escuela)?

¿Debería la escuela tener medicamentos de respaldo disponibles para darle a su hijo por una dosis olvidada en casa?

No Si

¿Su hijo tiene un estimulador del nervio vago? No Si

Si SI, por favor describa las instrucciones para el uso apropiado del imán:

CONSIDERACIONES Y PRECAUCIONES ESPECIALES

Marque todo lo que corresponda y describa cualquier consideración o precaución que deba tomarse:

Salud General _____ Educación Física _____

Funcionamiento Físico _____ Descanso _____

Aprendizaje _____ Excursiones _____

Comportamiento _____ Transportación en Autobús _____

Humor/afrontamiento _____ Preocupación Cultural/religiosa _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma de la Enfermera Escolar: _____ Fecha: _____

Actualizada: _____