

Información de Convulsiones Para la Escuela

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

Padre/Tutor _____ Teléfono _____ Cell/Trabajo _____

Medico tratando las convulsiones _____ Teléfono _____

1. ¿Cuándo fue su niño(a) diagnosticado con convulsiones?

2. ¿Que tipo de convulsión tiene su niño(a)? _____

3. ¿Sabe usted lo que causa que espese la convulsión? No Si: _____

4. ¿Habido un cambio en el patrón de las convulsiones? No Si: _____

5. ¿Con que frecuencia tiene su niño(a) sus convulsiones? _____ ¿Cuándo fue la última? _____

6. ¿Sabe usted que provoca la convulsión? No Si: _____

7. ¿Tiene su niño(a) una señal de advertencia de una convulsión? No

Si: _____

8. Describa la convulsión de su niño(a) _____

9. Que deben hacer el personal de la escuela si su niño(a) tiene una convulsión? _____

10. Tiene su niño(a) alguna restricción a causa de las convulsiones o medicamentos? No

Si: _____

11. Por favor, enliste TODOS los medicamentos que toma su niño(a):

Nombre del medicamento	Cantidad/dosis	Cuando se toma

12. ¿Tiene su niño(a) alguna alergia? No Si: _____

13. Otra información o dudas? _____

Firma del Padre/Tutor

Fecha