

## 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