



# FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE ENFERMEDAD CONVULSIVA

SERVICIOS DE SALUD  
DISTRITO ESCOLAR U-46

Año Escolar: \_\_\_\_\_ Grado/Maestra \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ # de ID: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Número de la Casa / Calle # de Apt. Si es necesario Ciudad Código Postal

## PADRES POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular de la Madre: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo de la Madre ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono Celular del Padre ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo del Padre ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del Médico General: \_\_\_\_\_

Grupo Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Especialista: \_\_\_\_\_

Grupo Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE ATAQUES DEL ESTUDIANTE:

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_ Edad o año del diagnóstico \_\_\_\_\_

¿Le dan ataques a su niño todavía?  No  Sí

¿Cuándo fue la última cita al médico del niño en relación con el problema de los ataques? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue el último episodio de ataques del niño? \_\_\_\_\_

¿Cómo son los ataques del niño? \_\_\_\_\_

¿Han cambiado los ataques del pasado a ahora?  No  Sí ¿Si es así, cómo han cambiado? \_\_\_\_\_

¿Qué hace usted cuando ve que su hijo tiene un ataque? \_\_\_\_\_

¿Qué causa que su hijo tenga ataques/más actividad convulsiva? (marque todas las que apliquen)

Enfermedad  Fiebre  Medicamentos para el Asma  Medicamentos para las Alergias

Otros: \_\_\_\_\_

Anote todos los medicamentos que su hijo/a toma para su diagnóstico en el hogar y en la escuela para su:

Nombre \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Cuando su hijo pierde una dosis del medicamento, ¿qué hace usted? \_\_\_\_\_

¿Su hijo se siente diferente si se olvidan el tomar el medicamento? \_\_\_\_\_

¿Sigue su hijo una dieta cetogénica?  No  Sí Si es así, el padre proporcionara toda la comida.

Su hijo necesita algún arreglo necesario con respecto a:  Precauciones en el recreo  Precauciones de educación física

Consideraciones especiales para excursiones/viajes en la comunidad  Otros: \_\_\_\_\_

¿Cómo cuida de su hijo después de ataque? \_\_\_\_\_

Entiendo que es mi responsabilidad mantener al personal de la escuela de mi hijo informado de los cambios en la condición médica de mi hijo y de notificar inmediatamente y completar un nuevo formulario si el tratamiento de la condición se cambia o se modifica de alguna manera. Entiendo que la información debe ser actualizada anualmente cada año escolar. Doy permiso para que la enfermera se comunice como se necesario con el médico sobre los problemas de salud de mi hijo.

Firma: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor Legal

Mes

Día

Año