



FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE ENFERMEDAD CONVULSIVA

SERVICIOS DE SALUD
DISTRITO ESCOLAR U-46

ESTUDIANTE POR FAVOR COMPLETA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

¿Tienes algún síntoma en especial cuando un ataque está a punto de ocurrir? No Sí

Si es así, Describe: _____

¿Qué crees que te sucede durante el ataque? _____

¿Describe cómo te sientes después de un ataque? _____

¿Quién es responsable de darte tus medicamentos cuando estás en casa? _____

¿Si el estudiante es el responsable, él/ella se recuerda? Sí No

¿Alguien te recuerda /supervisa del horario actual? Sí No

¿Haces algo en especial para ayudarte a recordar de tomar tu medicamento? Sí No

¿Qué es lo que hace más probable que tú tengas un ataque? _____

¿Con qué frecuencia tú tienes un ataque? _____

¿Cuándo se presentan con más frecuencia? _____

¿Cómo te sentías antes de tener tú último ataque? _____

¿Además de tomar medicamentos, cómo controlas tú enfermedad de los ataques? _____

¿Qué clase de problemas (si los hay) tienes en la escuela que te sientes que están relacionadas con tu enfermedad de ataques (es decir, calificaciones, educación física, recreo, deportes, bromas, etc.)?

¿Les has dicho a tus amigos acerca de tus ataques? Sí No

¿Si es así, cuando les dijiste? _____

¿Qué les dijiste? _____

¿Cómo reaccionaron? _____

¿Le has dicho a alguno de tus maestros? Sí No

¿Si es así, cuando les dijiste? _____

¿Qué les dijiste? _____

¿Cómo reaccionaron? _____

¿Qué es lo que te han dicho tus padres acerca de la enfermedad convulsiva? _____

¿Cómo reaccionan tus padres cuando tienes un ataque? _____

¿Qué saben tus hermanos/hermanas acerca de tus ataques? _____

¿Qué hacen ellos para ayudarte cuando tienes un ataque? _____

¿Si tú tuvieras un ataque en la escuela, qué te gustaría que las siguientes personas hicieran por ti? Enfermera: _____

Maestros: _____

Los compañeros de clase: _____

¿Qué necesita después de un ataque? _____

Año Escolar: _____

Grado/Maestro: _____