



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