

Seizure History

Student Name _____ Date of Birth _____
 ID# _____ Grade _____ School _____
 Parent/Guardian Name(s) _____
 Mother Telephone Home# _____ Work# _____ Cell# _____
 Father Telephone Home# _____ Work# _____ Cell# _____
 Emergency Contact _____ Relationship to Student _____
 Home Telephone# _____ Work or Cell # _____
 Health Care Provider _____ Telephone# _____

1. Is your child's seizure disorder considered life threatening?
 No Yes If yes, by State Law, your child may not attend school until the health care provider orders for this condition have been provided. **Please contact the School Nurse.**
2. Give a brief history of the diagnosis. _____

3. Does your child have any other health condition(s) or medication allergies we should be aware of?
 No Yes, explain _____

4. **Describe your child's seizures (type of seizure)**
 Behavior before seizure: _____
 Behavior during seizure: _____
 Behavior after seizure: _____

5. How often does your child have a seizure? daily weekly monthly yearly _____

6. Approximate date of last seizure _____ Last seizure requiring medical care _____
 Please explain _____

7. Are there conditions that cause an increase in your child's seizures? No Yes, explain below

8. Are there any limitations, restrictions or precautions needed at school? No Yes, explain below

9. **How do you want the school to treat a seizure should one occur?**

10. Please list the medications your child is taking

Medication Name	Amount	When to Use

11. This is our seizure emergency plan. If you want us to follow a different plan, please have your health care provider write specific orders.

Call 911 for help if:

1. The seizure does not end in 5 minutes
2. The student has a series of seizures.
3. Consciousness does not return after a seizure
4. Has difficulty breathing or turns blue
5. Other _____

 Signature of Parent/Guardian

 Date

RETURN TO SCHOOL NURSE

Historial Médico de Convulsiones

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

ID# _____ grado _____ Escuela _____

Nombre(s) de Padre/Guardian _____

Teléfono de la madre casa : _____ trabajo : _____ celular : _____

Father Telephone casa : _____ trabajo : _____ celular: _____

Contacto en caso de emergencia _____ relación con el estudiante _____

Teléfono de la casa : _____ trabajo o celular : _____

Médico familiar _____ teléfono : _____

1. ¿Se considera el trastorno de convulsiones de su hijo una condición que amenaza la vida?
 No Sí Si contesta sí, según la Ley Estatal, su hijo(a) no podrá asistir la escuela hasta que las órdenes del medico familiar referente a esta condición se hayan provisto. **Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela.**
2. Dé una historia breve del diagnóstico. _____
3. ¿ Tiene su hijo(a) cualquier otra condición(es) de la salud o alergias a medicamentos de la cual debamos estar enterados? No Sí, explique _____
4. **Describe las convulsiones de su hijo(a) (tipo de convulsión).**
 Comportamiento antes de la convulsión: _____
 Comportamiento durante la convulsión: _____
 Comportamiento después de la convulsión: _____
5. ¿Qué tan a menudo sufre convulsiones su hijo(a)? cada día cada semana cada mes
 cada año _____
6. Fecha aproximada de la ultima convulsión _____ La ultima convulsión que requirió atención medico _____ por favor explique _____
7. ¿Hay condiciones que puedan causar un aumento en las convulsiones de su hijo(a)?
No Sí, explique debajo _____
8. ¿Hay algunas limitaciones, restricciones o precauciones que necesitaran tomarse en la escuela?
No Sí, explique debajo _____
9. ¿Cómo desea usted que la escuela atienda una convulsión, si es que una convulsión ocurre en la escuela?

10. Por favor, anote los medicamentos que su hijo(a) está tomando

Nombre del Medicamento	cantidad	cuando usarlo

11. Este es nuestro plan de emergencia para las convulsiones. Si usted desea que sigamos un plan diferente, por favor pida a su médico familiar que escriba las órdenes específicas.

Llame al 911 por ayuda si:

1. La convulsión no termina en 5 minutos
2. El estudiante tiene una serie de convulsiones
3. El estudiante no vuelve en sí después de la convulsión
4. Tiene dificultad al respirar o se pone azul
5. Otro; _____

Firma de Padre/Guardián

Fecha