



Forma de Información de Ataques Para Padres

Nombre de Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha: _____

Al revisar la *Evaluación de Salud de Estudiante* que usted completó para su niño, usted indicó que él/ella ha sido diagnosticado con un desorden/ataque de epilepsia. Para proporcionar mejores servicios de salud para su niño en la escuela, nosotros solicitamos que usted completa y vuelve esta forma a la enfermera de la escuela. Si usted tiene cualquier pregunta o preocupación, por favor de hacer contacto conmigo. Toda información médica es confidencial y será compartido sólo con el personal de la escuela que trabaja directamente con su niño. Muchas Gracias.

Esto ya no es un asunto de salud para mi niño. (Favor de firmar y fechar esta forma.)

¿Qué tipo de ataques tiene su niño? _____

¿Cuándo fue el primer ataque de el/ella? _____

¿Fue relacionado a un acontecimiento específico o enfermedad (por ejemplo, fiebre alta)? _____

Fecha de último ataque _____ ¿Con qué frecuencia ocurren los ataques? _____

¿Hay un aura o señal de alerta poco antes del ataque? _____

Describe el ataque: _____

¿Cuanto dura el ataque? _____

¿Cómo actúa su niño después del ataque? _____

¿Hay factores que provocan o precipitan los ataques? _____

¿Está tomando su niño medicina para los ataques? Si No

Nombre de la medicina (las medicinas) _____ ¿Cuándo es tomado? _____

¿Ha habido un cambio reciente en la manera que suceden los ataques? _____

¿El nombre del médico de su niño que trata a él/ella para los ataques? _____

Teléfono del médico: _____ ¿Fecha de última visita? _____

¿Tenemos su permiso para contactar al médico si hay preguntas con respecto al cuidado de su niño en la escuela?

Si No

¿Hay alguna instrucción especial para el personal de la escuela? _____

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Filed in Clinic By: _____

Date: _____