



Entrevista en caso de convulsiones

AÑO ESCOLAR _____

Estudiante	Padre o tutor	Teléfono
Fecha de nacimiento	Grado	
Neurólogo	Madre o tutor	Teléfono
Teléfono	Última visita	Emergencia
	<input type="checkbox"/> MaineCare	<input type="checkbox"/> Seguro privado
		<input type="checkbox"/> Requiere información

Actividades extracurriculares:

Diagnóstico o tipo de convulsión	Edad de inicio de la afección	Frecuencia	Duración de la convulsión
Factores desencadenantes conocidos:		Describa la convulsión:	
¿Ha tenido su hijo convulsiones que duren más de 5 minutos?		¿Ha tenido su hijo que utilizar medicamentos de rescate alguna vez?	
Describa cómo se siente o actúa su hijo antes de una convulsión.		Proporcione instrucciones en caso de que su hijo tenga un estimulador del nervio vago:	
Describa cómo actúa su hijo después de una convulsión.		Describa cómo entiende su hijo las convulsiones.	

Asegúrese de enumerar todos los medicamentos diarios y de emergencia en el Formulario de salud anual.

Describa las consideraciones que debemos tener con su hijo durante el día escolar.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atletismo o educación física | <input type="checkbox"/> Aula |
| <input type="checkbox"/> Receso | <input type="checkbox"/> Autobús o transporte |

Comparta cualquier meta relacionada con la salud o donde se requiera asistencia.

Al firmar abajo, autorizo a la enfermera escolar a compartir información acerca de la salud de mi hijo con el personal escolar y médico apropiado para la seguridad continua de mi hijo en la escuela.

Padre, madre o tutor _____ Fecha _____

En caso de una emergencia, cuando se requiera de asistencia y no podamos comunicarnos con los contactos de emergencia, llamaremos al profesional de salud y, de ser necesario, al 911 (servicios de emergencia).