



Educación que inspira...Oportunidades para todos

GURNEE SCHOOL DISTRICT 56

3706 Florida Avenue • Gurnee, IL 60031 • 847-336-0800 • www.d56.org

FORMULARIO ANUAL EVALUANDO LA ACTIVIDAD DE CONVULSIONES

Esta información ayudará en el desarrollo y actualización del plan de salud de su hijo.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Grado: _____ Maestro: _____ Año Escolar : _____

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

Diagnóstico Médico? _____

¿Más reciente evaluación de su hijo? _____

¿Cuándo fue diagnosticado su hijo con convulsiones? _____

¿Cuándo fue la más reciente convulsión de su hijo? _____

¿Qué medicamentos está tomando su hijo? _____

Medicamentos regulares que necesita durante el horario escolar: _____

Medicamentos de emergencia durante horario de escuela: _____

Alergias: _____

Utiliza su hijo un estimulante del nervio vago? _____

¿Qué tipo de convulsiones tiene su hijo? _____

¿Qué provoca una convulsión en su hijo? _____

Describe el comportamiento de su hijo antes de una convulsión: _____

Describe las convulsiones de su hijo: _____

¿Cómo actua su hijo después de una convulsión? _____

¿Cómo le afectan las convulsiones en su rendimiento escolar o participación en actividades? _____

¿Ha aprobado su doctor actividades tales como columpios, barras o muros de escalar? _____

Si su niño tiene una convulsión en la escuela quiere que llamemos al equipo de rescate: _____

_____ por alguna/cualquier convulsión _____ sólo si la convulsion dura más de 2-3 minutos

_____ si no responde al medicamento de emergencia _____ solo si mi hijo esta en peligro

_____ de acuerdo a las indicaciones del doctor

(Siempre se llama al equipo de rescate en convulsiones que duran más de 5 minutos o convulsiones leves que duran más de 15 minutos)

Alguna información adicional que la escuela debe conocer acerca de las convulsiones de su hijo?

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____



Distinguished Program