Simi Valley Unified School District
Student Support Services 875 E. Cochran St. Simi Valley, CA 93065 805-306-4500

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONTACTO EN CASO DE CONVULSIONES

Estudiante _____ F.D.N. _____

Escuela _____ Grado _____

Persona llenando este formulario: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas:

1. Clase de convulsions _____
2. Hay algo que las provoca _____
3. Frecuencia de las convulsiones _____
4. Fecha de la última convulsión _____
5. Medicina que toma en este momento _____

Las convulsiones de mi hijo o hija se miran así:

_____

_____

_____

Cuando mi hijo o hija tenga una convulsión en la escuela:

- Llame al 911 cuando la convulsión dure más de _____ minutos o cuando tenga dificultad para respirar.
- Llame al 911 cuando tenga <u>más</u> de _____ convulsiones en _____ minutos.

La enfermera escolar tiene mi permiso para comunicarse con el médico cuando sea necesario.

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Instrucciones especiales:

_____

_____

_____

_____ _____ _____

Firma del padre de familia Teléfono Fecha