

Estudiante: _____ Fecha: _____ FDN: _____ Grado: _____

INFORMACIÓN SOBRE INCAUTACIONES:

Tipo de incautación: _____

Descripción de la incautación: _____

Duración de la incautación: _____

Tiempo promedio antes de regresar a las actividades regulares: _____

¿Alguna vez ha dejado de respirar? _____

Posible advertencia y/o cambio de comportamiento antes de la convulsión: _____

Frecuencia de las convulsiones: ____ Diariamente Semanalmente Mensualmente Anualmente

Usual hora del día en que se producen convulsiones: _____ ¿Cuándo comenzaron las convulsiones? _____

¿Algún cambio en el patrón de convulsiones? No Sí, sírvase describir: _____

¿Otras enfermedades que afectan el control de las convulsiones de su estudiante? No Sí, sírvase describir: _____

MEDICAMENTOS:

¿Estudiante actualmente en medicación? No, si discontinuada ¿cuándo? _____ Sí, complete a continuación

MEDICACIÓN	HORA/DÍA	DOSIFICACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS

Médico: _____ Teléfono: _____

¿Con qué frecuencia se cita la/el estudiante? _____ Fecha: _____

Resultados de la última visita/EEG: _____

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Preocupaciones educativas: _____

Preocupaciones de comportamiento: _____

Preocupaciones emocionales: _____

Precauciones de educación física: _____

Precauciones de recreo: _____

Precauciones para excursiones: _____

Necesidades especiales de transporte: _____

Otros _____

¿Jugar en un equipo deportivo después de la escuela / participar en actividades después de la escuela en la escuela?

Firma de m/p/t: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

Teléfono laboral: _____ Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____