



Fabens ISD
Student Health Services
Parent Questionnaire for Seizure History



Student Name _____ DOB _____ ID# _____ Grade _____

Teacher _____ School _____ School Year _____

Please answer all questions. Attach a separate sheet for explanation or any additional information if needed.

Name of Primary Care Physician/Practitioner? _____ Phone _____

Name of Physician that student sees for seizure management? _____ Phone _____

When was your child diagnosed with a seizure disorder? _____ at age _____

Has your child been diagnosed with any other medical conditions? No Yes (Please explain)

What symptoms does your child exhibit during a seizure? _____

Is your child aware of an aura (distortion of vision, hearing or smell) before a seizure? (Please explain)

Does your child lose consciousness during a seizure? No Yes

How often does your child experience a seizure? _____ x a month _____ x a day other _____

How long does your child's seizure typically last? _____

Describe your child's last seizure (date/time/duration)? _____

Has your child experienced a seizure lasting longer than five minutes? No Yes (Please explain)

Has your child been prescribed emergency medication for the management of his/her seizures? No Yes
 Medication (Name/Dose/Route) _____

Has your child ever gone to the emergency room or been hospitalized for his/her seizures? No Yes
 (Please explain) _____

What events might trigger a seizure for your child? _____

What other medications does your child take to manage his/her seizure disorder? (Name/dose/time)

Does your child carry a VNS (Vagus Nerve Stimulator) for use at onset of seizure? No Yes

Are there any side effects from your child's medications that his/her teacher needs to be aware of? No Yes
 (Please explain) _____

Is your child participating in sports or school sponsored extra-curricular activities? No Yes (Please explain)

What are your child's feelings about having a seizure disorder? _____

Is your child comfortable alerting others when experiencing symptoms of a possible seizure? No Yes

Does your child wear a "medic alert" necklace/bracelet? No Yes

Does your child wear a helmet? No Yes Constant wear May remove when sitting

Describe your child's understanding of their seizure disorder? None/Limited Basic Knowledgeable

Has your medical provider indicated in writing that your child needs special accommodations in school?

No Yes (Please explain) _____

Parent/Guardian Signature _____ Initials _____ Date _____

Date Reviewed/Initials _____ Date Reviewed/Initials _____ Date Reviewed/Initials _____

Date Reviewed/Initials _____ Date Reviewed/Initials _____ Date Reviewed/Initials _____



Fabens ISD

Servicios de Salud Estudiantil

Cuestionario de Padres para Historia de Convulsiones



Nombre de Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ #ID _____

Grado _____ Maestro _____ Escuela _____ Ano Escolar _____

Favor de contestar todas las preguntas. Adjunte una hoja separada para explicación o información adicional.

¿Nombre del médico de atención primaria? _____ Teléfono _____

¿Nombre del médico que el estudiante ve para el manejo de convulsiones? _____ Teléfono _____

¿Cuándo fue diagnosticado su hijo/a con un trastorno convulsivo? _____

¿A qué edad? _____ ¿Ha sido diagnosticado su hijo/a con otra condición médica? No Si (Por favor explique) _____

¿Qué síntomas muestra su hijo durante una convulsión? _____

¿Su hijo es consciente de un aura (distorsión de la visión, audición u olor) antes de una convulsión? (Por favor explique) _____

¿Pierde su hijo el conocimiento durante una convulsión? No Si

¿Con qué frecuencia su hijo tiene una convulsión? _____ x por mes _____ x día otro _____

¿Cuánto tiempo típicamente dura la convulsión de su hijo? _____

¿Describa la última convulsión pasado de su hijo (fecha/tiempo/duración)? _____

¿Su hijo ha sufrido una convulsión que duro más de cinco minutos? No Si (Por favor explique) _____

¿Su hijo ha sido recetado medicamento de emergencia para el manejo de sus convulsiones? No Yes
Medicamento (nombre/dosis/vía de administración) _____

¿Su hijo ha ido a la sala de emergencias o ha sido hospitalizado por sus convulsiones? No Si
(Por favor explique) _____

¿Qué eventos podrían causar una convulsión para su hijo? _____

¿Qué otros medicamentos toma su hijo/a para el manejo de sus convulsiones? (Nombre/dosis/hora) _____

¿Su hijo lleva un VNS (estimulador del nervio vago) para su uso en el inicio de convulsiones? No Si

¿Hay efectos secundarios de los medicamentos de su hijo/a que necesita saber el maestro? No Si
(Por favor explique) _____

¿Su hijo participa en deportes o actividades extracurriculares patrocinadas por la escuela? No Si
(Por favor explique) _____

¿Cuáles son los sentimientos de su hijo/a acerca de tener un trastorno convulsivo? _____

¿Su hijo/a se siente cómodo alertando a otros cuando siente síntomas de una convulsión? No Si

¿Su hijo/a usa un collar o pulsera de "alerta médica"? No Si

¿Usa su hijo un casco de protección? No Si Uso constante Puede quitar al sentarse

¿Describa la comprensión de su hijo/a de su trastorno convulsivo? Nada/Limitado Básico Completo

¿El médico ha indicado por escrito que su hijo/a necesita arreglos especiales en la escuela? No Si
(Por favor explique) _____

Firma del Padre/Tutor _____ Iniciales _____ Fecha _____

Fecha Revisado/Iniciales _____ Fecha Revisado/Iniciales _____ Fecha Revisado/Iniciales _____

Fecha Revisado/Iniciales _____ Fecha Revisado/Iniciales _____ Fecha Revisado/Iniciales _____