

Seizure Information for School

Student Name: _____ Date of birth _____ Date _____

Parent/Guardian: _____ Phone _____ Cell/work _____

Health Care Provider treating Seizure: _____ Phone _____

How often does your Health Care Provider want to see your student for seizure check-up? _____

When did your student last see the Health Care Provider? _____

Do **you think** your student's seizures may be **life-threatening**? ☐ No ☐ Yes
(If YES, please see the school nurse as soon as possible)

Does your student's **health care provider** think the seizures may be **life-threatening**? ☐ No ☐ Yes
(If YES, please see the school nurse as soon as possible)

History and Current status

How old was your student when seizures began? _____

When was the last time your student had a seizure? _____

What type of seizure does your student have? (check all that apply)

☐ Grand mal ☐ Absence or petit mal ☐ Other, explain: _____

Briefly describe what happens when your student has a seizure: _____

How long does the seizure last? _____ Seconds _____ Minutes _____ Hours

Describe what your student does immediately after seizures: _____

How often does your student have a seizure? (check one) ☐ Daily ☐ Weekly ☐ Monthly ☐ Yearly

Has there been a change in your student's seizure pattern? ☐ No ☐ Yes, explain: _____

Triggers

Are there any situations that may cause a seizure to occur? ☐ No ☐ Yes, explain: _____

Are there other illnesses that affect your student's seizures? ☐ No ☐ Yes, explain: _____

Is there a usual time of day seizures may occur? ☐ No ☐ Yes, explain: _____

Are there any signs or behavior changes before a seizure? ☐ No ☐ Yes, explain: _____

Treatment

What medications or treatments does your student use at school and at home? ☐ None

Meds _____

Treatments _____

Does your student have any difficulty with these medications—side effects, doesn't want to take them, etc?

☐ No ☐ Yes, explain: _____

Does your student have any restrictions because of the seizures or the medication—activity restrictions or wears helmet? ☐ No ☐ Yes, explain: _____

Does your student understand the seizure condition and what he/she can do to manage them? ☐ No ☐ Yes

Does your student have a brother/sister/friend at school who understands the seizures? ☐ No ☐ Yes

Name of brother/sister/friend and grade in school _____

When your child has a seizure, what does he/she call the seizure? _____

Describe what you do at home when your student has a seizure: _____

How do you want the school to treat a seizure if it should occur at school? _____

Parent/Guardian signature _____ Date _____

Información sobre convulsiones para la escuela

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Padre/madre/tutor: _____ Teléfono _____ Celular/trabajo _____

Doctor que trata las convulsiones: _____ Teléfono _____

¿Con qué frecuencia su doctor quiere ver a su niño/a para un chequeo de las convulsiones? _____

¿Cuándo vio su niño/a por última vez al doctor? _____

¿Piensa que las convulsiones de su niño/a pueden poner en riesgo su vida? ☐ No ☐ Sí

(Si responde Sí, vea a la enfermera de la escuela lo antes posible)

¿El doctor de su niño/a piensa que las convulsiones pueden poner en riesgo su vida? ☐ No ☐ Sí

(Si responde Sí, vea a la enfermera de la escuela lo antes posible)

Historia y estado actual

¿Qué edad tenía su niño/a cuando comenzaron las convulsiones? _____

¿Cuándo fue la última vez que su niño/a tuvo una convulsión? _____

¿Qué tipo de convulsiones tiene su niño/a? (marque todo lo que corresponda)

☐ Gran mal ☐ Petit mal ☐ Otras, explique:

Describe brevemente qué pasa cuando su niño/a tiene una convulsión:

¿Cuánto dura la convulsión? _____ Segundos _____ Minutos _____ Horas

Describe qué hace su niño/a inmediatamente después de las convulsiones:

¿Con qué frecuencia tiene una convulsión su niño/a? (marque una) ☐ Diaria ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual

¿Hubo algún cambio en el patrón de convulsiones de su niño/a? ☐ No ☐ Sí, explique:

Causas

¿Hay alguna situación que pueda provocar una convulsión? ☐ No ☐ Sí, explique:

¿Hay alguna otra enfermedad que afecte las convulsiones de su niño/a? ☐ No ☐ Sí, explique:

¿Hay alguna hora del día que sea más común que ocurran las convulsiones? ☐ No ☐ Sí, explique:

¿Hay alguna señal o cambio de comportamiento antes de una convulsión? ☐ No ☐ Sí, explique:

Tratamiento

¿Qué medicamentos o tratamientos usa su niño/a en la escuela o en casa? ☐ Ninguno

Medicamentos _____

Tratamientos _____

¿Tiene su niño/a algún problema con estos medicamentos: efectos secundarios, no quiere tomarlos, etc.? ☐ No

☐ Sí, explique:

¿Tiene su niño/a alguna restricción por causa de las convulsiones o los medicamentos: restricciones en actividades o usa un casco? ☐ No ☐ Sí, explique:

¿Entiende su niño/a las convulsiones y qué puede hacer para manejarlas? ☐ No ☐ Sí

¿Tiene su niño/a algún hermano, hermana o amigo en la escuela que entienda las convulsiones? ☐ No ☐ Sí

Nombre del hermano/hermana/amigo y grado en la escuela _____

¿Cuando su niño/a tiene una convulsión, cómo le llama a la convulsión?

Describe qué hace en casa cuando su niño/a tiene una convulsión:

¿Cómo quiere que la escuela trate una convulsión si llegara a ocurrir en la escuela?

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____