

CHAMBERSBURG AREA SCHOOL DISTRICT
SERVICIOS DE SALUD DE LA ESCUELA
QUESTIONARIO SOBRE EPILEPSIA

Nombre del estudiante _____ Año Escolar _____

Escuela _____ Grado _____

Nombre de la
Madre _____ Teléfono(Casa) _____ (Trabajo) _____

Nombre del
Padre _____ Teléfono(Casa) _____ (Trabajo) _____

1. ¿ Cuánto hace que su hijo(a) tiene ataques? _____

2. ¿ Qué medicamentos toma su hijo(a)?

Medicamento Dosis Frecuencia Y Hora Del Día Que Lo Toma

3. ¿Qué pasa cuando su hijo(a) no se toma una dosis? _____

4. Marque cualquier consideración especial relacionada con su hijo(a) mientras está en la escuela y que esté descrita abajo.

___Preocupaciones Educativas

___Preocupación en Educación Física

___preocupación sobre comportamiento

___Consideraciones cuando va a paseos

___Precauciones en los Deportes

___Transportación Especial

___Preocupaciones Emocionales

___Precauciones en los recreos

___Otro

5. ¿Qué tan frecuente su hijo(a) visita al doctor(a) con respecto a los ataques?

6. ¿Cuánto hace que su hijo(a) tuvo la última cita? _____

7. El médico que trata a su hijo(a) cuando tiene ataques: Doctor(a) _____

Dirección _____ Teléfono número _____

8. ¿Necesita la escuela saber cualquier información especial acerca de los ataques de su hijo(a) sobre los ataques? _____

TURNO

9. Tipo de ataque_____

Describe qué pasa durante el ataque_____

¿ Qué causa el ataque?_____

¿ Cuánto dura?_____

¿ Hay alguna advertencia o cambios de comportamiento antes del ataque ___Sí___No

Describe_____

Promedio de Frecuencia_____

Tiempo usual del día_____

Fecha del último ataque_____

Qué reacción debemos esperar después del ataque?_____