Edmonds School District

HS 40 SP
Seizure Disorder

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 descontinuada ¿cuándo? _____ □ Sí, complete a continuación

MEDICACIÓN	HORA/DÍA	DOSIFICACIÓN	EFECTOS SECUNDARIOS

Médico: _____ Teléfono: _____

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

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: _____