

**CUESTIONARIO PARA PADRES/TUTORES PARA ESTUDIANTES CON CONVULSIONES  
DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE COATESVILLE**

Para brindarle la atención adecuada, le solicitamos que complete este formulario y lo devuelva a la enfermera escolar.

Si hay algún cambio en esta información durante el año escolar, notifique a la enfermera de la escuela por escrito.

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Escuela:** \_\_\_\_\_

**Año escolar:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_ **Aula/Asesoría:** \_\_\_\_\_

**¿Cuándo comenzó su estudiante a experimentar convulsiones:** \_\_\_\_\_

**Síntomas que experimenta el estudiante ANTES y DESPUÉS de la convulsión:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Frecuencia de convulsiones:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la última incautación:** \_\_\_\_\_ **Duración de las incautaciones:** \_\_\_\_\_

**Tipo de ataque:** \_\_\_\_\_

**Descripción del ataque:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos:**

**Medicamentos de control:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dosis/Frecuencia: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dosis/Frecuencia: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dosis/Frecuencia: \_\_\_\_\_

**Instrucciones especiales:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\* POR FAVOR, CONSULTE LA POLÍTICA DE MEDICACIÓN / FORMULARIO DE PERMISO SI  
SE NECESITA MEDICACIÓN EN LA ESCUELA \*\*

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Entiendo que la información anterior se utilizará en un plan de acción de emergencia para mi hijo. Doy mi permiso para compartir este plan con los maestros asignados de mi hijo y el personal apropiado.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_