



Para el padre/tutor de \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Ha indicado en los registros escolares que su estudiante tiene actualmente **convulsiones**. Es importante tener al menos información de salud anual cuando necesite ayuda en la escuela. **Complete este formulario y devuélvalo a la enfermera de la escuela mañana**, para que se pueda compartir un plan para ayudar a su hijo con el personal escolar identificado. *Es responsabilidad de los padres proporcionar los medicamentos necesarios si se necesitan en la escuela.* Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la enfermera de la escuela.

¿Con qué frecuencia ocurren las convulsiones? \_\_\_\_\_

¿El estudiante ha sido hospitalizado por convulsiones en el último año? No\_\_ Sí\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Cómo son sus convulsiones y cuánto duran normalmente? \_\_\_\_\_

¿Qué tan pronto después de una convulsión puede el estudiante regresar a sus actividades regulares? \_\_\_\_\_

Enumere las condiciones que pueden desencadenar las convulsiones (ruido, luces parpadeantes, etc.) \_\_\_\_\_

¿Cuándo le diagnosticaron convulsiones a su hijo por primera vez? \_\_\_\_\_

Las convulsiones están siendo tratadas actualmente por el Dr. \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_

¿Se necesitan medicamentos para controlar las convulsiones? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ (enumere a continuación)

Cualquier otra información que considere importante para el tratamiento de su estudiante \_\_\_\_\_

| Medicamento | Dosis | Tiempo |
|-------------|-------|--------|
| 1.          |       |        |
| 2.          |       |        |
| 3.          |       |        |

**Encierre en un círculo los medicamentos que será necesario administrar en la escuela.**

**Informe a la enfermera de la escuela de inmediato sobre los cambios en la medicación o la dosis.**

**CONSENTIMIENTO PATERNO:** Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para compartir esta información con el personal apropiado del distrito (esto incluye, entre otros, administradores, maestros, personal de apoyo, conductores de autobuses, personal de servicio de alimentos, conserjes, entrenadores y empleados sustitutos). Otorgar permiso para que la enfermera de la escuela consulte con el médico sobre problemas de salud y tratamiento relacionados con los medicamentos anteriores y/o el diagnóstico relacionado con sus necesidades educativas y de manejo del comportamiento; **La Corporación Escolar de North White no se hará responsable de ningún daño causado por informes inexactos del tutor legal o del médico con licencia en este formulari**

Firma de los padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_