

COMPLETE ONLY IF HISTORY OF SEIZURE DISORDER

Upland Unified School District
History of Seizure Disorder

STUDENT NAME: _____ GRADE: _____ DATE OF BIRTH: _____

PARENT/GUARDIAN'S NAME: _____

HOME PHONE: _____ CELL PHONE: _____ WORK PHONE: _____

DOCTOR'S NAME: _____ PHONE: _____

SEIZURE DISORDER INFORMATION SHEET

If your student has a seizure disorder, it would be helpful if you would provide us with the following:

1. Has your student been diagnosed by a doctor as having a seizure disorder? Yes or No (circle one)
2. Is your student under a doctor's care for seizures? Yes or No (circle one)
3. What type of seizures does your student have? Grand Mal (tonic clonic) Febrile ___ Psycho-Motor ___, Petit Mal (Absence) __, Sensory or focal (simple partial), other ___ (check one)

If other, please describe _____

4. When was your child's last seizure? (date). _____

5. How long does the seizure usually last? _____

6. Does your child have any warning or behavioral change before the onset of a seizure? _____

7. Any restrictions by a doctor? _____

8. Following the seizure, are there any special instructions for care? _____

9. Medication taken: _____ Medication Dose: _____

When taken: _____ How often: _____

10. Are medications to be dispensed at school? Yes No

We strongly recommend that a three (3) day supply of medication be stored at the school in case of a natural disaster that would detain your student. Please obtain a Physician Request For Medication Administration from the School Health Office.

11. Does your child wear a MedicAlert bracelet indicating a seizure disorder? Yes or No (circle one)

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

COMPLETO SOLO SI HISTORIAL DE TRASTORNO DE CONVULSIONES

Distrito Escolar Unificado Upland

Historia de trastorno convulsivo

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRADO: ____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

PADRE/NOMBRE DEL TUTOR: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ CELULAR: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE TRASTORNOS CONVULSIONES

Si el estudiante tiene un trastorno convulsivo, sería útil si nos proporcionará lo siguiente:

1. ¿Su estudiante ha sido diagnosticado por un médico con un trastorno convulsivo?? Si o No (circule uno)

2. ¿Está su estudiante bajo el cuidado de un médico por convulsiones? Si o No

3. ¿Qué tipo de convulsiones tiene su estudiante? Grand Mal (tónico clónico) Febrile __ Psicomotor __
Febril __, Petit Mal (Ausencia) __, Sensorial o focal (partisimpleal), otro __ (marque uno)

Si es otro, describa _____

4. ¿Cuándo fue la última convulsión de su hijo? (fecha). _____

5. ¿Cuánto dura la convulsión? _____

6. ¿Su hijo tiene alguna advertencia o cambio de comportamiento antes del inicio de una convulsión?

7. ¿Alguna restricción de un médico? _____

8. Después de la convulsión, ¿existen instrucciones especiales de cuidado? _____

9. Medicación tomada: _____ Dosis del medicamento: _____

Cuándo se toma: _____ Con qué frecuencia: _____

10. ¿Se Dispensarán medicamentos en la escuela? Si o No

Recomendamos que se guarde un suministro de medicamentos para tres (3) días en la escuela en caso de un desastre natural que detenga a su estudiante. Obtenga una solicitud de un médico para la administración de medicamentos en la Oficina de salud de la escuela.

11. ¿Su hijo usa un brazalete MedicAlert que indica un trastorno convulsivo? Sí o No (marque uno)

Firma del padre / tutor _____ Fecha _____