



Seizure History

Student Name _____ Date of Birth _____
Grade _____ School _____
Parent/Guardian Name(s) _____
Mother Telephone Home# _____ Work# _____ Cell# _____
Father Telephone Home# _____ Work# _____ Cell# _____
Emergency Contact _____ Relationship to Student _____
Home Telephone# _____ Work or Cell # _____
Health Care Provider _____ Telephone# _____

1. Is your child's seizure disorder considered life threatening?

☐ No ☐ Yes If yes, by State Law, your child may not attend school until the health care provider orders for this condition have been provided. **Please contact the School Nurse.**

2. Give a brief history of the diagnosis. _____

3. Does your child have any other health condition(s) or medication allergies we should be aware of?

☐ No ☐ Yes, explain _____

4. **Describe your child's seizures (type of seizure)**

Behavior before seizure: _____

Behavior during seizure: _____

Behavior after seizure: _____

5. How often does your child have a seizure? ☐ daily ☐ weekly ☐ monthly ☐ yearly ☐ _____

6. Approximate date of last seizure _____ Last seizure requiring medical care _____

Please explain _____

7. Are there conditions that cause an increase in your child's seizures? ☐ No ☐ Yes, explain below

8. Are there any limitations, restrictions or precautions needed at school? ☐ No ☐ Yes, explain below

9. **How do you want the school to treat a seizure should one occur?**

10. Please list the medications your child is taking

Medication Name	Amount	When to Use

Signature of Parent/Guardian

Date

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD

Distrito Escolar de Toppenish
306 Bolin Dr, Toppenish, WA 98948
Ph: 509-865-8262 Fax: 509-865-2178



Historial Médico de Convulsiones

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

ID# _____ grado _____ Escuela _____

Nombre(s) de Padre/Guardian _____

Teléfono de la madre casa : _____ trabajo : _____ celular : _____

Father Telephone casa : _____ trabajo : _____ celular: _____

Contacto en caso de emergencia _____ relación con el estudiante _____

Teléfono de la casa : _____ trabajo o celular : _____

Médico familiar _____ teléfono : _____

1. ¿Se considera el trastorno de convulsiones de su hijo una condición que amenaza la vida?

☐ No ☐ Sí

Si contesta sí, según la Ley Estatal, su hijo(a) no podrá asistir la escuela hasta que las órdenes del medico familiar referente a esta condición se hayan provisto. **Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela.**

2. Dé una historia breve del diagnóstico. _____

3. ¿ Tiene su hijo(a) cualquier otra condición(es) de la salud o alergias a medicamentos de la cual debemos estar enterados? ☐ No ☐ Sí, explique _____

4. **Describe las convulsiones de su hijo(a) (tipo de convulsión).**

Comportamiento antes de la convulsión: _____

Comportamiento durante la convulsión: _____

Comportamiento después de la convulsión: _____

5. ¿Qué tan a menudo sufre convulsiones su hijo(a)? ☐ cada día ☐ cada semana ☐ cada mes
☐ cada año ☐ _____

6. Fecha aproximada de la ultima convulsión _____ La ultima convulsión que requirió atención medico _____
por favor explique _____

7. ¿Hay condiciones que puedan causar un aumento en las convulsiones de su hijo(a)?
☐ No ☐ Sí, explique debajo _____

8. ¿Hay algunas limitaciones, restricciones o precauciones que necesitaran tomarse en la escuela?
☐ No ☐ Sí, explique debajo _____

9. ¿Cómo desea usted que la escuela atienda una convulsión, si es que una convulsión ocurre en la escuela?

10. Por favor, anote los medicamentos que su hijo(a) está tomando

Nombre del Medicamento	cantidad	cuando usarlo

Firma de Padre/Guardián

Fecha