

# Seizure History

Student Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
ID# \_\_\_\_\_ 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
-----------------	--------	-------------
11. This is our seizure emergency plan.  
\*\*If you want us to follow a different plan, please have your health care provider write specific orders.

**911 will be called for help if:**

1. If you have not provided the school clinic with a rescue medication.
2. Nurse is not on campus to deliver rescue medication.
3. The seizure does not end in 5 minutes.
4. The student has a series of seizures.
5. No known history of a seizure.
6. Consciousness does not return after a seizure.
7. Has difficulty breathing or turns blue.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

**RETURN TO SCHOOL NURSE**

# 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 : \_\_\_\_\_

- ¿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.**
- Dé una historia breve del diagnóstico. \_\_\_\_\_
- ¿ Tiene su hijo(a) cualquier otra condición(es) de la salud o alergias a medicamentos de la cual debemos estar enterados?  No  Sí, explique \_\_\_\_\_
- Describa las convulsiones de su hijo(a) (tipo de convulsión).**  
Comportamiento antes de la convulsión: \_\_\_\_\_  
Comportamiento durante la convulsión: \_\_\_\_\_  
Comportamiento después de la convulsión: \_\_\_\_\_
- ¿Qué tan a menudo sufre convulsiones su hijo(a)?  cada día  cada semana  cada mes  
 cada año  \_\_\_\_\_
- Fecha aproximada de la ultima convulsión \_\_\_\_\_ La ultima convulsión que requirió atención medico \_\_\_\_\_  
por favor explique \_\_\_\_\_
- ¿Hay condiciones que puedan causar un aumento en las convulsiones de su hijo(a)?  
 No  Sí, explique debajo \_\_\_\_\_
- ¿Hay algunas limitaciones, restricciones o precauciones que necesitaran tomarse en la escuela?  
 No  Sí, explique debajo \_\_\_\_\_
- ¿Cómo desea usted que la escuela atienda una convulsión, si es que una convulsión ocurre en la escuela?  
\_\_\_\_\_

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

Nombre del Medicamento	cantidad	cuando usarlo
------------------------	----------	---------------
- Este es nuestro plan de emergencia para las convulsiones. Si usted desea que sigamos un plan diferente, por favor pida a su médico familiar que escriba las órdenes específicas.

**Se llamará al 911 para pedir ayuda si:**

1. Si no ha proporcionado a la clínica escolar un medicamento de rescate.
2. La enfermera no está en el edificio para entregar medicamentos de rescate.
3. La convulsión no termina en 5 minutos.
4. El estudiante tiene una serie de convulsiones.
5. Sin antecedentes conocidos de convulsiones.
6. La conciencia no regresa después de una convulsión.
7. Tiene dificultad para respirar o se pone azul.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián \_\_\_\_\_  
Fecha