|  |  |
| --- | --- |
| SAMPLE:  INSERT LOGO/SAU/SCHOOL NAME | Entrevista en caso de convulsiones  AÑO ESCOLAR \_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Estudiante**  Fecha de nacimiento Grado | Padre o tutor Teléfono  Madre o tutor Teléfono  Emergencia Teléfono | | |
| Neurólogo  Teléfono Última visita |
|  | * MaineCare | * Seguro privado | * Requiere información |

Actividades extracurriculares:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Diagnóstico o tipo de convulsión | Edad de inicio de la afección | Frecuencia | Duración de la convulsión | |
| Factores desencadenantes conocidos: | | Describa la convulsión: | | |
| ¿Ha tenido su hijo convulsiones que duren más de 5 minutos? | | | ¿Ha tenido su hijo que utilizar medicamentos de rescate alguna vez? | |
| Describa cómo se siente o actúa su hijo antes de una convulsión. | | | Proporcione instrucciones en caso de que su hijo tenga un estimulador del nervio vago: | |
| Describa cómo actúa su hijo después de una convulsión. | | | Describa cómo entiende su hijo las convulsiones. | |

Asegúrese de enumerar todos los medicamentos diarios y de emergencia en el Formulario de salud anual.

Describa las consideraciones que debemos tener con su hijo durante el día escolar.

|  |  |
| --- | --- |
| * Atletismo o educación física * Receso | * Aula * Autobús o transporte |

Comparta cualquier meta relacionada con la salud o donde se requiera asistencia.

Al firmar abajo, autorizo a la enfermera escolar a compartir información acerca de la salud de mi hijo con el personal escolar y médico apropiado para la seguridad continua de mi hijo en la escuela.

Padre, madre o tutor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*En caso de una emergencia, cuando se requiera de asistencia y no podamos comunicarnos con los contactos de emergencia, llamaremos al profesional de salud y, de ser necesario, al 911 (servicios de emergencia).*