

SEIZURE CARE INFORMATION

Your school nurse will use the following information to plan for safe care of your child should a seizure occur at school. Parents are notified and EMS (911) called if the student has difficulty breathing, the seizure lasts longer than usual, more than one seizure occurs, or if a long period of time has occurred since the last seizure.

Student's Name: _____ Birth date: _____

Student ID # _____ Teacher: _____ Grade: _____

Parents/Guardians Mother _____
Name Work Number Home Number

Father _____
Name Work Number Home Number

Please list the type(s) of seizure(s) your child has (grand mal, petit mal, partial/complex, etc.)

What usually makes the seizure(s) start? _____

Please describe the seizure(s): _____

Approximately how often does your child have a seizure? _____

How long does the seizure(s) last? _____

Please describe how you take care of your child during and after a seizure:

During _____

After _____

Please list other specific care needed of different than you described above: _____

Approximately how often does your child have a seizure? _____

Medications given at HOME: _____

SCHOOL: _____

NURSES NOTES/RECOMMENDATIONS FOR CARE:

RN Signature

Date

CHILDREN'S/AISD STUDENT HEALTH SERVICES

INFORMACION SOBRE CUIDADO EN CASO DE ATAQUES

Su enfermera escolar usara la siguiente informacion sobre hacer planes para un cuidado seguro de su hijo(a) en caso de que ocurra en la escuela un ataque. Se da aviso a los padres y se llama a EMS (911) si el estudiante tiene dificultad para respirar, si el ataque dura mas de lo comun, si ocurre mas de uno, o si ha pasado un tiempo largo desde el ultimo ataque.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
de ID del estudiante: _____ Maestro(a): _____ Grado: _____

Padres/Custodio legal:

Madre _____
Nombre Telefono del trabajo Telefono del hogar

Padre _____
Nombre Telefono del trabajo Telefono del hogar

Sirvase mencionar el tipo(s) de ataque(s) que su hijo(a) padece (grand mal, petit mal, parcial/complejo, etc.) _____

Que es lo que hace normalmente que empiece el ataque _____

Sirvase describir el ataque(s): _____

Mas o menos, que tan a menudo tiene su hijo(a) un ataque? _____

Cuanto dura el ataque(s)? _____

Sirvase decsribir el modo como cuida a su hijo(a) durante el ataque(s) y despues de el Durante

Despues _____

Sirvase mencionar otro cuidado especifico necesario o diferente del antes descrito: _____

Mas o menos, que tan a menudo tiene su hijo(a) un ataque? _____

Medicinas dadas en CASA: _____

En la ESCUELA: _____

NOTAS PARA LA ENFERMERA/ RECOMENDACIONES PARA CUIDADO:

Firma de la enfermera titulado (RN)

Fecha