

Cuestionario para Padres de Estudiantes con Epilepsia

Por favor conteste todas las preguntas. Esta información es muy importante para la enfermera de la escuela y el personal educativo para determinar las necesidades especiales de su niño/a y brindarle un ambiente positivo y de apoyo. Si tiene alguna pregunta acerca de cómo llenar este formulario, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela de su niño/a.

Información Personal

Nombre del Estudiante:	Año Escolar:	Fecha de Nacimiento:
Escuela:	Grado:	Clase:
Padres/Tutor	Telef.:	Trabajo Celular
Padres/Tutor Correo Electrónico:		
Otros números de Emergencia	Telef.:	Trabajo Celular
Neurólogo del Niño/a:	Telef.:	Dirección:
Medico Primario del Niño/a	Telef.:	Dirección:
Historial o Condiciones Medicas del Niño/a:		

Información sobre el ataque

- ¿Cuándo fue su niño/a diagnosticado con ataques o epilepsia? _____
- Tipo de Ataque(s) _____

Tipo de Ataque	Duración	Frecuencia	Descripción

- ¿Qué es lo que puede causar un ataque en su niño/a? _____
- ¿Hay alguna advertencia o cambio de comportamiento antes de que ocurra el ataque? Si No
Si su respuesta es SI, por favor explique: _____
- Ha sufrido algún cambio en el patrón de ataques de su niño/a últimamente? Si No
Si su respuesta es SI, por favor explique: _____
- ¿Cómo reacciona su niño/a después de que el ataque termina? _____
- ¿Cómo afectan otras enfermedades en el control de ataques de su niño/a? _____
- ¿Cuáles son los pasos básicos a seguir cuando su niño/a sufre un ataque en la escuela? _____

Primeros Auxilios Básicos: Cuidado y Apoyo

- ¿Cuáles son los primeros auxilios básicos a seguir cuando su niño/a sufre un ataque en la escuela?
- ¿Necesita su niño/a salir de la clase después de un ataque? Si No
Si su respuesta es SI, ¿cuál sería la mejor manera para que el niño/a regrese al salón de clase?

Primeros Auxilios Básicos

- Conserve la calma y mida el tiempo
 - Cuide la seguridad del niño/a
 - No lo sujete
 - No ponga nada en la boca del niño/a
 - Quédese con el niño hasta que recupere la consciencia por completo.
 - Registre el ataque en el diario
- Para los ataques Tónico-Clónicos**
- Proteja la cabeza
 - Mantenga el espacio abierto/controla la respiración.
 - Coloque al niño/a de costado.

Ataques de Emergencia

11. Por favor describa lo que es una emergencia en el caso de su niño/a (Podría necesitar consultar con el médico tratante o la enfermera de la escuela para responder.)

12. ¿Ha estado su niño hospitalizado debido a ataques continuos? SI NO
Si su respuesta es SI, por favor explique:

Generalmente un ataque se considera una emergencia cuando el estudiante:

- Tiene ataques convulsivos que duran más de cinco minutos.
- Tiene repetidos ataques sin recuperar la consciencia.
- Esta lastimado o tiene diabetes
- Tiene un ataque por primera vez
- Tiene dificultad al respirar
- Tiene un ataque estando en el agua.

Información sobre medicina y tratamiento de ataques

13. ¿Qué medicamento(s) toma su niño/a?

Medicamento	Fecha de Inicio	Dosis	Frecuencia y hora que toma al día	Posibles efectos secundarios

14. ¿Qué medicamentos de emergencia/auxilio son recetados para su niño/a?

Medicamento	Dosis	Indicaciones (horario y método)	Qué hacer después de dar el medicamento

* Después del 2do o 3er ataque, de varios ataques, etc.

** Oralmente, bajo la lengua, por el recto, etc.

15. ¿Qué medicamento(s) necesitara durante las horas de escuela?

16. ¿Debe alguno de los medicamentos ser administrado de una manera especial? SI NO
Si su respuesta es SI, por favor explique:

17. ¿Debemos tener cuidado de alguna reacción en particular? SI NO
Si su respuesta es SI, por favor explique:

18. ¿Qué se debe hacer en caso de que su niño/a no tome una dosis?

19. ¿Debe tener la escuela medicamento de reserva en caso de que su niño/a no tome una dosis? SI NO

20. ¿Prefiere que lo llamemos antes de darle medicamento de reserva a su niño/a? SI NO

21. ¿Tiene su niño/a implantado un estimulador del Nervio Vago? SI NO

Si su respuesta es SI, por favor describa las indicaciones para el uso apropiado del imán:

Precauciones y Consideraciones Especiales

22. Señale todo lo que describa y aplique a cualquier precaución o consideración que se debe tener en cuenta:

- | | |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Salud General _____ | <input type="checkbox"/> Educación Física (gimnasia/deportes) _____ |
| <input type="checkbox"/> Desempeño Físico _____ | <input type="checkbox"/> Recreo _____ |
| <input type="checkbox"/> Aprendizaje _____ | <input type="checkbox"/> Viajes de estudio _____ |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento _____ | <input type="checkbox"/> Transporte _____ |
| <input type="checkbox"/> Humor/Estado de ánimo _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Asuntos de Comunicación en General

23. ¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted a cerca de los ataques de su niño/a?

24. ¿Se puede compartir esta información con el profesor y otro personal docente? SI NO

Fecha: _____

Actualizado: _____

Firma de los Padres/Tutor _____

Fecha: _____

DPC776