

SEIZURE AWARENESS

Student Name: _____ D.O.B: _____ Grade: _____ Room: _____

Address: _____ Home Phone #: _____

Mother's Name: _____ Work Phone #: _____

Mobile #: _____

Father's Name: _____ Work Phone #: _____

Mobile #: _____

Doctor's Name: _____ Doctor's Phone #: _____



Hospital: _____ Insurance: _____ Policy #: _____

Typical seizure looks like: _____

Does your child have any warning first? _____

Typical seizure last for: _____ Frequency of seizures: _____

Last known seizure: _____ How does your child act after a seizure ends? _____

Usual time before your child is back to normal: _____

Medication your child takes: _____

Anything your child is not allowed to do? _____

If your child has a seizure, the following should be done:

- 1) Call the office for assistance.
- 2) Protect from hurting himself – put something soft under his head; move things (i. e. desks, chairs, etc.) away from him; turn him on his side if his tongue is falling back into his throat, or he has increased salivation; DO NOT put anything in his mouth or between his teeth.
- 3) Time seizure (the start and end) by the clock. **START TIME:** _____ **ENDING TIME:** _____
- 4) **OFFICE TO CALL 911 if seizure lasts longer than 5 min. (Call 911 immediately if he is not breathing).**
- 5) Send rest of the class to a buddy room or outside.
- 6) CPR as needed after seizure stops.

Other things the school should know: _____

I GIVE MY CONSENT FOR THIS INFORMATION TO BE SHARED WITH SCHOOL STAFF.

Parent's Signature: _____ Date: _____

School Nurse's Signature: _____ Date: _____

Principal's Signature: _____ Date: _____

Teacher's Signature: _____ Date: _____

INFORMACIÓN Y PLAN DE EMERGENCIA EN CASO DE CONVULSIONES

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nac.: _____ Grado: _____ Salón: _____

Dirección: _____ Teléfono de Casa: _____

Nombre de la Madre: _____ Tel. del Trabajo: _____
Tel. Móvil: _____

Nombre del Padre: _____ Tel. del Trabajo: _____
Tel. Móvil: _____

Nombre del Doctor: _____ Tel. del Doctor: _____



Hospital: _____ Seguro Médico: _____ Póliza #: _____

Descripción de una convulsión usual: _____

¿Hay alguna señal previa a una convulsión? _____

Duración de una convulsión usual: _____ Frecuencia de las convulsiones: _____

Ultima convulsión: _____ ¿Cómo actúa su hijo después de una convulsión? _____

Tiempo que tarda en regresar a la normalidad: _____

Medicamento que toma su hijo: _____

¿Hay alguna actividad/situación que su hijo debe evitar? _____

Si su hijo tiene una convulsión, se debe hacer lo siguiente:

- 1) Llamar a la oficina para pedir ayuda.
- 2) Protegerlo para que no se lastime – poner algo suave debajo de su cabeza; alejar objetos (ej. escritorios, sillas, etc.) ponerlo de lado si su lengua se está yendo dentro de su garganta, o si ha aumentado la salivación; **NO PONGA NADA** en su boca o entre sus dientes.
- 3) Tome el tiempo de la convulsión (inicio y final), con exactitud. **INICIO:** ____ **TÉRMINO:** ____
- 4) **LA OFICINA DEBE LLAMAR AL 911, si la convulsión dura más de 5 min. (Llamar inmediatamente si no está respirando).**
- 5) Enviar al resto de la clase a otro salón o afuera.
- 6) Dar Resucitación Cardiopulmonar (CPR) si se necesita, después de que la convulsión terminó.

Otros asuntos que la escuela debe saber: _____

DOY MI AUTORIZACION PARA QUE ESTA INFORMACIÓN SEA COMPARTIDA CON EL PERSONAL ESCOLAR.

Firma del Padre/Madre: _____ Fecha: _____

Firma de la Enfermera Escolar: _____ Fecha: _____

Firma del Director: _____ Fecha: _____

Firma del Maestro: _____ Fecha: _____