

Cuestionario para Padres sobre un Estudiante con Convulsiones

Por favor, complete todas las preguntas. Esta información es esencial para que la enfermera y el personal de la escuela puedan determinar cuáles son las necesidades especiales de su hijo/a y ofrecer un entorno de aprendizaje positivo y solidario. Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, por favor, comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo/a.

Información de Contacto		
Nombre del Estudiante	Año Escolar	Fecha de Nacimiento
Escuela	Grado	Aula
Padre / Tutor	Teléfono	Teléfono
E-mail del Padre / Tutor		
Otro Contacto de Emergencia	Teléfono	Teléfono
Neurólogo del Niño	Teléfono	Ubicación
Médico de Cabecera del Niño	Teléfono	Ubicación
Historia Clínica o Condiciones Importantes		
Información sobre las Convulsiones		

1. ¿Cuándo se le diagnosticaron las convulsiones o la epilepsia a su hijo/a? _____

2. Tipo(s) de convulsión(es)

Tipo de Convulsión	Duración	Frecuencia	Descripción

3. ¿Qué podría activar una convulsión en su hijo/a? _____

4. ¿Hay alguna advertencia y/o cambio de comportamiento antes de que ocurra una convulsión? SÍ NO

En caso de responder SI, por favor, explique: _____

5. ¿Cuándo fue la última convulsión de su hijo/a? _____

6. ¿Hubo algún cambio reciente en los patrones de las convulsiones de su hijo/a? SÍ NO

En caso de responder SI, por favor, explique: _____

7. ¿Cómo reacciona su hijo/a después de finalizada la convulsión? _____

8. ¿Cómo afectan otras enfermedades el control de las convulsiones de su hijo/a? _____

Primeros Auxilios Básicos: Atención y comodidad

9. ¿Qué procedimientos de primeros auxilios básicos deberían realizarse cuando su hijo/a sufre una convulsión en la escuela? _____

10. ¿Su hijo/a necesitará retirarse del aula después de una convulsión? SÍ NO

En caso de responder SÍ, ¿qué proceso recomendaría para regresar a su hijo/a al aula? _____

Primeros Auxilios Básicos ante una Convulsión

- Permanezca calmado y lleve un seguimiento del tiempo.
- Mantenga a su hijo/a seguro/a.
- No lo restrinja.
- No le ponga nada en la boca.
- Permanezca con su hijo/a hasta que esté completamente consciente.
- Registre la convulsión en un libro.
- **Para convulsiones tónico-clónicas:**
- Proteja la cabeza.
- Mantenga despejadas las vías respiratorias / controle la respiración.
- Gire a su hijo dejándolo de costado.

Emergencias ante Convulsiones

11. Por favor, describa qué constituye una emergencia para su hijo/a. (La respuesta podrá requerir una consulta al médico que lo/a trata o a la enfermera de la escuela).

12. ¿El niño/la niña alguna vez fue internado/a por tener convulsiones continuas? SÍ NO

En caso de responder SI, por favor, explique: _____

Una convulsión generalmente es considerada una emergencia cuando:

- Las convulsiones tónico-clónicas duran más de 5 minutos.
- El estudiante ha repetido las convulsiones sin recuperar el conocimiento.
- El estudiante está lesionado o tiene diabetes.
- El estudiante tiene una convulsión por primera vez.
- El estudiante tiene dificultades para respirar.
- El estudiante tiene una convulsión en el agua.

Medicación y Tratamiento para las Convulsiones

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

Medicamento	Fecha de Inicio	Dosis	Frecuencia y Hora del Día en que se le Administra	Posibles Efectos Secundarios

14. ¿Qué medicamentos de emergencia / rescate están prescritos para su hijo/a?

Medicamento	Dosis	Instrucciones para la Administración (hora* y método**)	Qué hacer después de la administración

* Después de la 2º o 3º convulsión, en un conjunto de convulsiones, etc. ** Oralmente, debajo de la boca, rectal, etc.

15. ¿Qué medicamento(s) necesitará tomar su hijo/a durante el horario escolar? _____

16. ¿Alguno de estos medicamentos debe administrarse de forma especial? SÍ NO

En caso de responder SI, por favor, explique: _____

17. ¿Se debe estar alerta sobre alguna reacción en particular? SÍ NO

En caso de responder SI, por favor, explique: _____

18. ¿Qué debe hacerse cuando su hijo/a se olvida una dosis? _____

19. ¿La escuela debe tener medicamentos de respaldo disponibles para darle a su hijo/a en caso de dosis olvidada? SÍ NO

20. ¿Desea que lo/a llamemos antes de administrarle medicamentos de respaldo en caso de una dosis olvidada? SÍ NO

21. ¿Su hijo/a tiene un Estimulador del Nervio Vago? SÍ NO

En caso de responder SI, por favor describa las instrucciones para el uso del imán apropiado: _____

Consideraciones y Precauciones Especiales

22. Marque todas las que correspondan y describa cualquier consideración o precaución que deba tomarse:

Salud General	Educación física (gimnasia/deporte)
Funcionamiento físico	Receso
Aprendizaje	Excursiones
Comportamiento	Transporte en ómnibus
Estado de ánimo / hacer frente a la situación	Otro

Problemas Generales de Comunicación

23. ¿Cuál es la mejor forma para que nos podamos comunicar con usted sobre las convulsiones de su hijo/a?

24. ¿Esta información puede compartirse con los maestros del aula y otro personal apropiado de la escuela? SÍ NO

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____