

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Escuela _____ Grado _____

Padre / Guardián _____ Doctor _____

Estimado Padre / Guardián:

Según nuestros documentos _____ tiene los ataques epilépticos. Quisiera saber más de su condición para notificar a los personales de la escuela de las necesidades posibles de su hijo(a). Favor de llenar esta forma y devolvérmela dentro de una semana.

1. Tipo de ataques

- Generalizados tonic-clonic (grand mal)
- Complicados parciales (psychomotor)
- Ausencia (petit mal)
- Otro

2. Edad cuando se lo diagnosticó _____.

3. La duración media de los ataques _____.

4. Fecha del ataque más reciente _____.

5. Ahora no toma la medicina

No ha tomado la medicina desde _____.

(fecha)

Toma la medicina:

Medicina:

Los efectos al lado

6. Ponga en una lista las instrucciones especiales que uno debe hacer después de un ataque de su hijo(a):

7. Otros comentarios:

8. ¿Lleva su hijo(a) un brazalete o collar de Medic-Alert? (El/ la enfermero(a) de la Salud Pública lo recomienda) Sí No

Gracias por su tiempo y ayuda

_____ Enfermero(a) de la Salud Pública

_____ Fecha

SE COMPARTIRÁ ESTA INFORMACIÓN CON LOS PERSONALES DE LA ESCUELA Y CONDUCTORES DE LOS AUTOBUSES COMO SEA NECESARIO PARA CUMPLIR CON LAS NECESIDADES DE LA SALUD Y EMERGENCIAS.

_____ Firma del padre / guardián

_____ Fecha