SHARYLAND ISD
HEALTH SERVICES

**NURSE USE ONLY**

Date rec'd: _____

## SEIZURE ACTIVITY INFORMATION FROM PARENT/GUARDIAN

To the Parent of: _____ DOB: _____/_____/_____

Grade: _____ School: _____

In reviewing the student's record, it is indicated your child is diagnosed with a seizure disorder/epilepsy. In order to provide better health services for your child in school, we are requesting that you complete and return this form to the school nurse. If you have any questions or concerns, please feel free to contact me. All medical information is confidential and will be shared only with school staff working directly with your child. Thank you.

___ This is no longer a health issue for my child. (Please sign & date this form)

What type of seizures does your child have? _____

When did your child have his/her first seizure? _____

Was it related to a specific event or illness (eg., high fever)?_____

Date of last seizure? _____ How often do the seizures occur? _____

Is there an aura or warning sign just before the seizure? _____

Describe the seizure. _____

_____

_____

How long does the seizure last? _____

How does your child act after a seizure? _____

Are there any triggering or precipitating factors? _____

Is your child on medication for seizures? _____ Yes _____ No

Name of medication(s): _____

When is it taken? _____

Has there been a recent change in the pattern of the seizures? _____ Yes _____ No

Name of your child's licensed healthcare provider treating him/her for seizures? _____

Licensed healthcare provider's telephone number: (_____) _____

Date of last visit: _____

Do we have your permission to contact the above licensed healthcare provider if questions arise regarding your child's care at school? _____ Yes _____ No

Are there any special instructions for school personnel? _____

_____

_____

_____ _____/_____/20_____

Parent/guardian Signature Date

**SEP 2022**

SHARYLAND ISD
HEALTH SERVICES

# INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD DE CONVULSIÓN DEL PADRE/TUTOR

| NURSE USE ONLY |
| --- |
| Date rec'd: _____ |

Para el padre de: _____ FdN: _____/_____/_____

Grado: _____ Escuela: _____

Al revisar la Evaluación de Salúd de Estudiante que usted completó para su niño, usted indicó que el/ella ha sido diagnosticado con un desorden/ataque de epilepsia. Para propocionar mejores servicios de salúd para su niño/a en la escuela, nosotros solicitamos que usted complete y entrege esta forma a la enfermera de la escuela. Si usted tiene cualquier pregunta o preocupación, por favor de hacer contact conmigo. Toda información médico es confidencial y será compartida solo con el personal de la escuela que trabaja directamente con su niño/a. Muchas Gracias.

___ Esto ya no es un asunto de salud para mi niño/a. (Favor de firmar y fechar esta forma)

¿Que tipo de actividad convulsiva tiene su niño/a? _____

¿Cuando fue el primer actividad convulsiva de el/ella? _____

¿Fue relacionado a un evento especifico o enfermedad (Ejemplo: fiebre alta)?_____

¿Fecha de ultimo actividad convulsiva? _____/_____/_____

¿Con que frecuencia occurren las actividades convulsivas? _____

¿Hay un aura o señal de alerta poco ántes de la actividad convulsiva? _____

Describa la actividad convulsiva.

_____

_____

_____

¿Cuanto dura la actividad convulsiva? _____

¿Cómo actúa su niño/a despues de la actividad convulsiva? _____

¿Hay factores que provocan o precipitan la actividad convulsiva? _____

¿Esta tomando su niño/a medicina para la actividad convulsiva? _____ Si _____ No

Nombre de medicina(s): _____

¿Cuando se toma la medicina? _____

¿Ha habido un cambio reciente en la manera que suceden la actividad convulsiva? _____ Yes _____ No

Nombre del médico de su niño/a que trata la actividad convulsiva? _____

Teléfono del medico: (_____) _____

Fecha de ultima visita: _____

¿Tenemos su permiso para llamar al médico si hay preguntas con respeto al cuidado de su niño/a en la escuela?
_____ Si _____ No

¿Hay alguna instrucción especial para el personal de la escuela? _____

_____

_____ _____/_____/20_____

Firma de Padre(s)/tutor Fecha

**SEP 2022**