

PAJARO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Department of Special Services
294 Green Valley Road, Watsonville, CA 95076

Student's Name _____

Date _____

Date of Birth _____

School _____

Grade _____

Teacher _____

Parent phone _____

Emergency phone # _____

SEIZURE QUESTIONNAIRE

Dear Parent or Guardian,

According to our records, your child has seizures/epilepsy. In order to help us provide the best care to your child, please complete the following information.

1. What type of seizure does your child have? (Circle One): Generalized, convulsive/grand mal, partial complex, absence/petit mal) _____

2. Age of child when diagnosed with seizures/epilepsy: _____

3. When was last seizure? _____

4. How often does your child have a seizure? _____

5. How long did the seizure last? _____

6. Description of seizure (affects both sides of body, affects one body part, does child lose consciousness (black out)? (Use other side if needed). _____

7. What seizure medications does your child take?

Name of medication: _____ Amount/dose _____ Times Given _____

8. What is your child's behavior after a seizure? (Sleepy disoriented, confused, upset?) _____

9. Doctor's name _____

Address _____

Phone# _____ Fax # _____

Please return this form to the school nurse immediately. Call the school nurse if you want to discuss this further.

Form filled out by _____ Date _____
(Name)

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DEL VALLE DE PAJARO

Departamento de Servicios Especiales
294 Green Valley Road, Watsonville, CA 95076

Nombre del Alumno _____ Fecha _____
 Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____
 Grado _____ Maestro _____
 Numero del padre _____ # de Teléfono de Emergencia _____

CUESTIONARIO DE CONVULSIONES

Estimados Padres o Tutores,

De acuerdo a nuestros archivos, su niño tiene convulsiones/epilepsia. En orden para poder ayudarnos a proveerle el mejor cuidado a su niño, favor de completar la siguiente información.

1. ¿Qué tipo de convulsión tiene su niño? (Circule Una): Generalizado, convulsivo/grande, compleja parcial, ausencia /pequeña)
2. Edad del niño cuando fue diagnosticado con convulsiones/epilepsia: _____
3. ¿Cuándo fue la última convulsión? _____
4. ¿Qué tan seguido tiene su niño una convulsión? _____
5. ¿Cuánto duró la última convulsión? _____
6. Descripción de la convulsión (afecta ambos lados del cuerpo, afecta una parte del cuerpo, pierde el niño el conocimiento ¿(desmaya)? (Use el reverso de la página si es necesario).
7. ¿Que medicamentos toma su niño para las convulsiones?
 Nombre del medicamento: _____ Cantidad/dosis _____ Horarios Dados _____
8. ¿Cuál es el comportamiento de su niño después de la convulsión? (¿Con sueño desorientado, confundido, molesto?)
9. Nombre del Doctor _____
 Domicilio _____
 # De teléfono _____ # Fax _____

Favor de regresar este formulario a la enfermera escolar inmediatamente. Comuníquese con la enfermera escolar si usted desea discutir esto más adelante.

Formulario completado por _____ Fecha _____
 (Nombre)