



# ALHAMBRA SCHOOL DISTRICT

## FORMULARIO DE ADMISION DE CONVULSIONES

Fecha: \_\_\_\_\_ Escuela de Asistencia: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ # de Identificación del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino Grado: \_\_\_\_\_ Maestro del Salón: \_\_\_\_\_  
Conductor de autobús: \_\_\_\_\_  
Número del autobús: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Comentarios del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

### PROVEEDOR DE CUIDADOS DE SALUD: (médico, ayudante del médico, enfermera)

Nombre (Pediatra/Médico): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre (Neurólogo/Médico; si es aplicable): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de diagnostica de convulsiones: \_\_\_\_\_

Tipo de convulsiones: \_\_\_\_\_

Recibe tratamiento:  Sí  No Tipo de Medicamento (incluyendo diastat, dieta cetogénica, VNS): \_\_\_\_\_

Cuándo fue última convulsión (frecuencia): \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

Posible efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Desencadenantes conocidos (enfermedad, luz intermitente, ruido, etc. ): \_\_\_\_\_

Probabilidad y frecuencia de las convulsiones durante el horario escolar: \_\_\_\_\_

Por favor escriba las limitaciones/restricciones del estudiante: \_\_\_\_\_

Firma del Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PLAN DE EMERGENCIA**

**Para Escuela:**

**Durante el transporte:**

**Garaje de Autobuses:**

**COPIA DEL PLAN DE EMERGENCIA RECIBIDAS**

\_\_\_\_\_  
*Firma de Padre/Tutor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma de Enfermera Escolar (Asistente de Salud)*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma de Maestro(a)*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Conductor de Autobús*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Médico*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*