



# SEIZURE CARE INFORMATION FROM PARENT/GUARDIAN



Your school nurse will use the following information to plan for safe care of your child should a seizure occur at school. Parents/guardians are notified and EMS (911) called if a student has difficulty breathing, the seizure lasts longer than 5 minutes, if more than one seizure occurs, or if a long period of time has occurred since the last seizure.

Student Name \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Parents/Guardians \_\_\_\_\_

Home # \_\_\_\_\_ Alternate # \_\_\_\_\_ Work # \_\_\_\_\_

Emergency contacts \_\_\_\_\_

Home # \_\_\_\_\_ Alternate # \_\_\_\_\_ Work # \_\_\_\_\_

Physician who cares for your child's seizure disorder \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Last date your child was seen by this doctor? \_\_\_\_\_ Next appt \_\_\_\_\_ Age diagnosed? \_\_\_\_\_

List type(s) of seizure(s) your child has (grand mal, petit mal, partial/complex etc). \_\_\_\_\_

What usually makes the seizure(s) start? Describe how your child behaves when a seizure starts.

How long do the seizures last? \_\_\_\_\_

How often does your child have a seizure? \_\_\_\_\_

Medications or procedures given at HOME: \_\_\_\_\_

SCHOOL: \_\_\_\_\_ Diastat? \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

Vagal Nerve Stimulator (VNS)? \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

How does your child get to and from school?  Walk/ ride bike  School bus  Car

### **Authorization for Release of Medical Information:**

I hereby authorize \_\_\_\_\_ to furnish medical information regarding  
(Clinic/Provider)

my child \_\_\_\_\_ to the School Nurse at \_\_\_\_\_.  
Student's name School

Parent/guardian's Signature \_\_\_\_\_ Print name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

I give permission for the School Nurse to communicate with my child's doctor concerning their medical condition.

Parent/ Guardian Signature \_\_\_\_\_ Print Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



# INFORMACIÓN DE PADRES/CUSTODIO LEGAL SOBRE CUIDADO DE ATAQUES



Su enfermera escolar usará la siguiente información para hacer planes para cuidado seguro de ataques de su hijo, si alguno ocurriera en la escuela. Se notifica a padres/custodios legales y se llamará a EMS (911) si el estudiante tiene dificultad para respirar, o el ataque dura más de 5 minutos, o hay más de un ataque, o si ha pasado un largo periodo de tiempo desde el último ataque.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Padres/custodio legal \_\_\_\_\_

	# de Casa	# Alternativo	# Trabajo
Contactos de emergencia _____	# de Casa	# Alternativo	# Trabajo

Médico que atiende el desorden de ataques de su hijo(a) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Última fecha en que este doctor vio a su hijo(a) \_\_\_\_\_ Sigte. cita \_\_\_\_\_ Edad del diagnóstico \_\_\_\_\_

Haga una lista del tipo(s) de ataque(s) de su hijo(a) (grand mal, petit mal, parcial/complejo, etc.) \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que suele causar el principio del ataque? Describa cómo se comporta su hijo(a) al empezar el ataque.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuánto duran los ataques? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia tiene su hijo(a) un ataque? \_\_\_\_\_

Medicaciones o procedimientos aplicados en el HOGAR: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_ Diastat?  Sí  No

Estimulador de nervio vago (VNS)?  Sí  No

¿Cómo llega a la escuela o regresa de ella su hijo(a)?  camina/ en bicicleta  autobús escolar  auto

### **Autorización para dar información médica:**

Por este documento yo autorizo a \_\_\_\_\_ para que dé información médica  
(Clínica / /Proveedor)

sobre mi hijo(a) \_\_\_\_\_ a la enfermera escolar en \_\_\_\_\_.  
Nombre del estudiante Escuela

\_\_\_\_\_  
Firma de padres/custodio legal Nombre impreso Fecha

Doy permiso a la enfermera escolar para comunicarse con el doctor de mi hijo(a) acerca de su condición médica.

\_\_\_\_\_  
Firma de padres/custodio legal Nombre impreso Fecha