

STUDENT SEIZURE INFORMATION
(Medically Confidential Material)

PLEASE PRINT:

Student Name: _____ Date of Birth: _____
 Physician Name: _____ Physician Phone: _____
 Teacher Name: _____ School: _____

ATTACH COPY OF STUDENT EMERGENCY CARD FOR ADDITIONAL INFORMATION

SEIZURE: *a neurological condition with symptoms that vary from a momentary lapse of attention to convulsions*

Type of seizure (e.g., grand mal, petit mal, etc.): _____

Precursor(s) to seizure (e.g., sound, light, etc.): _____

Description of seizure (e.g., length, body movements, etc.): _____

Action to take during seizure: _____

Post seizure care:

Seizure ↓ 1 minute	Seizure ↓ 5 minutes	Seizure ↑ 5 minutes

Emergency medical services need to be called when: _____

Medication taken? Yes No If **YES**, complete the following:

MEDICATION	DOSAGE	TIME(S)	ROUTE	TAKEN AT SCHOOL	
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

Possible side effects of medication(s): _____

Special instructions from physician: _____

Release of information: The undersigned parent/guardian authorizes the release and/or exchange of medical information between the school nurse and my child's physician named above as it relates to this medical condition. I further authorize the school nurse to distribute copies of this document in accordance with the distribution list below to ensure the safe and proper care of my child while being transported to and from school as well as during school hours. I understand that professional staff will use the medical information given or received and that this information will not be released to any other party not designated herein.

Parent/Guardian Signature Date

INFORMACIÓN SOBRE CONVULSIONES DEL ESTUDIANTE (Información médica confidencial)

ESCRIBA EN IMPRENTA:

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre del médico: _____ Teléfono del médico: _____
 Nombre del maestro: _____ Escuela: _____

PARA MAYOR INFORMACIÓN, ADJUNTE UNA COPIA DE LA TARJETA DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

CONVULSIÓN (SEIZURE): *una afección neurológica con síntomas que varían desde un lapso momentáneo de atención, hasta contracciones musculares involuntarias*

Tipo de convulsiones (ej. gran mal, pequeño mal, etc.): _____

Precursor(es) de convulsiones (ej. sonido, luz, etc.): _____

Descripción de convulsiones (ej. duración, movimientos del cuerpo, etc.): _____

Acción a tomar durante la convulsión: _____

Cuidado posterior a la convulsión:

Convulsión menos de 1 minuto	Convulsión menos de 5 minutos	Convulsión más de 5 minutos

Es necesario llamar al sistema médico de emergencia (911) cuando: _____

Toma medicamentos? Sí No Si responde afirmativamente, complete lo siguiente:

MEDICAMENTO	DOSIS	HORA(S)	VÍA	SE TOMA EN LA ESCUELA	
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Posibles efectos del(los) medicamento(s): _____

Instrucciones especiales del médico: _____

Dar a conocer información: El padre/ tutor abajo firmante autoriza a comunicar y/ o intercambiar información médica entre la enfermera escolar y el médico de mi hijo indicado arriba, en lo relacionado a esta afección médica. También autoriza a la enfermera escolar a que distribuya copias de este documento de acuerdo a la lista de abajo, para garantizar el cuidado seguro y apropiado de mi hijo mientras sea transportado a la escuela y desde ella, lo mismo que durante horas de escuela. Entiendo que el personal profesional usará la información médica dada o recibida y que esta información no será dada a ninguna otra persona o grupo que no esté designado en este documento.

Firma del padre/ tutor

Fecha