

CUESTIONARIO PARA PADRE DE ESTUDIANTE CON ASIMIENTOS

Por favor complete todas las preguntas. Esta información es esencial para la enfermera escolar y personal escolar en la determinación de necesidades especiales de su estudiante y suministro de un ambiente de aprendizaje positivo y soportante. Si usted tiene alguna pregunta sobre como completar esta forma, por favor póngase en contacto con la enfermera escolar de su niño.

INFORMATION DE CONTACTO:

Nombre del Estudiante: _____ Año Escolar: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Escuela: _____ Grade: _____ SALÓN: _____
 Nombre de Padre/Guarda: _____ Tel. (C): _____ (W): _____ (C): _____
 Otro Contacto de Emergencia: _____ Tel. (H): _____ (W): _____ (C): _____
 El Neurólogo del Niño: _____ Tel.: _____ Locación: _____
 El doctor de Cuidado Primario del Niño.: _____ Tel.: _____ Locación: _____
 Historia médica significativa o condiciones: _____

INFORMATION SOBRE LOS ASIMIENTOS:

1. ¿Cuándo fue diagnosticado su niño con asimientos o epilepsia? _____

2. Tipo (s) de asimiento:

Tipo de asimiento: Duración Frecuencia Descripción

<i>Tipo de asimiento:</i>	<i>Duración</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Descripción</i>

3. ¿Que podría provocar un asimiento en su niño? _____

4. ¿Hay allí cualquier advertencia y/o cambios de comportamiento antes de que el asimiento ocurra? SI NO

Si SÍ, por favor explique: _____

5. ¿Cuándo era el último asimiento de su niño? _____

¿Hubo algún cambio reciente de los modelos de asimiento de su niño? SÍ NO

Si SÍ, por favor explique: _____

6. ¿Como reacciona su niño después de que termina un asimiento? _____

7. ¿Como afectan otras enfermedades el control de asimiento de su niño? _____

PRIMEROS AUXILIOS BASICOS: Cuidado y medios de comodidad

8. ¿Que procedimientos de primeros auxilios básicos deberían ser tomados cuando su niño tiene un asimiento en la escuela? _____

Primeros Auxilios de Asimiento

Básicos:

- ✓ Mantenga calma y cuente el tiempo
- ✓ Mantenga a su niño seguro
- ✓ No inmovilizar
- ✓ No poner nada en la boca
- ✓ Permanencia con niño hasta que este totalmente consciente
- ✓ Documente asimiento en el papel

Para estímulo-clonic (magnífica mal) asimiento

- ✓ Proteger cabeza
- ✓ Conservar vía aérea abierta/mire la respiración
- ✓ Girar al niño en el lado

9. ¿Tendrá que su niño dejar el aula después de un asimiento? SÍ NO
 Si SÍ, Lo que el proceso usted recomendar para devolver a su niño ala clase: _____

Un Asimiento es generalmente considerado una Emergencia cuando:

- ✓ Un asimiento (tónico-clonic) convulsivo dura más largo que 5 minutos
- ✓ El estudiante ha repetido asimientos sin recobrar el conocimiento
- ✓ El estudiante tiene el asimiento por primera vez
- ✓ El estudiante es herido o diabético
- ✓ El estudiante tiene dificultades que respiran
- ✓ El estudiante tiene un asimiento en el agua

EMERGENCIAS DE ASIMIENTOS

10. ¿Por favor describa qué constituye una emergencia para su niño? (La respuesta puede requerir la consulta con el trato de médico y enfermera escolar.) _____
11. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez el niño para asimientos continuos? SÍ NO
 Si SÍ, por favor explique: _____

INFORMATION DE ASIMIENTOS Y MEDICACIONES

12. ¿Que medicación (ones) ha tomado su niño?

Medicación	Fecha Comenzada	Dosis	Frecuencia y tiempo de día tomado	Efectos secundarios posibles

13. ¿Que medicaciones de emergencia/de rescate necesitaron que las medicaciones sean recetadas para su niño?

Medicación	Dosis	Instrucciones de Administración (Horario* y método **)	Que hacer después de administración:

* Después de 2o o 3r asimiento, para racimo de asimiento, etc. ** Oralmente, bajo lengua, rectalmente, etc...

14. ¿Lo que la medicación (ones) va a su niño tener que tomar durante horas escolares? _____
15. ¿Debería cualquiera de estas medicaciones ser administrada de un modo especial? SÍ NO
 Si SÍ, por favor explique: _____
16. ¿Si cualquier reacción particular ser mirado para? SÍ NO
 Si SÍ, por favor explique: _____
17. ¿Que debería ser hecho cuando su niño pierde una dosis? _____
18. ¿Quiere que la escuela tenga medicación de reserva disponible para la dosis perdida? SÍ NO
19. ¿Haga usted desea ser llamado antes de que la medicación de reserva sea dada para una dosis perdida?
20. ¿su niño tiene un Estimulador de Nervios Vagus? SÍ NO
 Si SÍ, por favor describa instrucciones para el uso de imán apropiado: _____

CONSIDERACIONES & PRECAUCIONES ESPECIALES

22. todo lo que aplica y describe cualquier consideración o precauciones que deberían ser tomadas

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Salud general _____
<input type="checkbox"/> Funcionamiento físico _____
<input type="checkbox"/> Aprendizaje: _____
<input type="checkbox"/> Comportamiento: _____
<input type="checkbox"/> Humor/adaptación: _____
Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Educación Fiscal (gimnasio) / deportes: _____
<input type="checkbox"/> Recreo: _____
<input type="checkbox"/> Viajes de estudios: _____
<input type="checkbox"/> Transporte de autobús: _____ |
|--|---|

PROBLEMAS DE COMUNICACION BASICOS

23. ¿Que es el mejor modo para comunicarnos con usted sobre el asimiento de su niño (s)? _____
24. ¿esta información puede ser compartido con el profesor (es) de aula y otro personal escolar apropiado? SÍ NO

Firma de Padre/Guardia: _____ Fecha: _____ Fecha Actualizado: _____