

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE POMONA  
HEALTH SERVICES & PROGRAMS  
HISTORIAL DE SALUD SOBRE TRASTORNOS  
CONVULSIVOS**

Para los padres de: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

De acuerdo con los archivos escolares, su hijo(a) tiene un trastorno convulsivo. La escuela necesita la siguiente información para que podamos estar listos en asistir a su hijo(a) en caso de una emergencia. Favor de completar la siguiente información y regresar este formulario a la enfermera escolar. Gracias.

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Médico/Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro Médico: \_\_\_\_\_

1. ¿A que edad le produjo la primera convulsión? \_\_\_\_\_  
¿después de una fiebre alta? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Fue en relación con una enfermedad? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si es Sí, explique por favor: \_\_\_\_\_
2. Fecha aproximada de la última convulsión: \_\_\_\_\_
3. ¿Con qué frecuencia tiene su hijo(a) convulsiones? \_\_\_\_\_
4. Describa la convulsión. \_\_\_\_\_
5. ¿Aproximadamente cuanto duró la última convulsión? \_\_\_\_\_
6. ¿Qué provoca una convulsión? \_\_\_\_\_  
¿Hay señales de advertencia? \_\_\_\_\_
7. Describa el comportamiento de su hijo(a) después de una convulsión: \_\_\_\_\_
8. ¿Tiene medicamento en casa para prevenir/controlar las convulsiones? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Nombre del medicamento \_\_\_\_\_  
Dosis del medicamento \_\_\_\_\_  
Horario en que suministra éste medicamento \_\_\_\_\_
9. ¿Cuándo fue la última vez que su hijo(a) fue examinado(a) por un médico por su trastorno convulsivo?

\_\_\_\_\_  
Padres/Tutor

\_\_\_\_\_  
Enfermera Escolar

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FAVOR DE REGRESAR ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERIA ESCOLAR**