



ALDINE INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

14910 Aldine-Westfield Road • Houston, Texas 77032-3099 • (281) 449-1011

PARENT QUESTIONNAIRE FOR STUDENT WITH SEIZURE ACTIVITY

Child's Name _____ Date of Birth _____

Dear Parent,

You have indicated that your child has a history of seizures. The following information will be helpful to the school nurse in the care of your child during a seizure.

- Complete the questionnaire below concerning your child's seizures.
- Take the attached Emergency Plan for Seizure Management to your physician for review and signature. Information from your healthcare provider is necessary to provide a complete picture of your child's health status.
- School district policy regarding seizure management will be adhered to until we have other directions from your child's doctor.
- Continue to provide the school nurse with any updated information after future visits to the doctor.

Thank you for your continued cooperation. Feel free to contact me with any concerns. I can be reached at

_____.

phone

School Nurse

Date

TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN

1. How long has your child had seizures? _____

2. What type of seizures does your child have? _____

3. Date of last seizure _____

4. When was the last time your child was seen by the doctor? _____

For what reason _____

5. What parts of child's body moves during the seizures?

Legs _____ Both _____ Right _____ Left _____

Arms _____ Both _____ Right _____ Left _____

Head _____ Chest/trunk _____

None/Other _____

6. Is there a usual time of day that seizures occur? _____ If so, what time? _____

7. List any warning signs that may occur before the seizure begins. _____

8. Does your child complain of coldness, dizziness, numbness, tingling, headache, nausea, tremor, peculiar sensations before or after a seizure? _____

9. Are there any factors that trigger seizure activity? _____

10. How long does the seizure usually last? _____

11. How does your child behave after the seizure? _____

12. Has hospitalization ever been necessary for seizures? _____ If yes, when _____

13. List any other current health problems or long term health conditions. _____

14. Seizure control measures:

Medication type, amount, time taken, side effects you have noticed.

How often has your doctor recommended that your child be seen for seizure management? _____

First aid measures your doctor has recommended in the past when your child has a seizure.

Safety measures: (Check all that apply)

_____ Helmet? _____

_____ Activity restrictions? If so, list what activities are restricted

_____ Use of identification bracelet/tag?

I agree that related school personnel are authorized to contact and consult with your child's physician regarding his/her medical needs.

Parent's Signature

Date

Dr. Name (print)

Phone



ALDINE INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

14910 Aldine-Westfield Road • Houston, Texas 77032-3099 • (281) 449-1011

CUESTIONARIO PARA PADRES DE ESTUDIANTES CON CONVULSIONES

Nombre de su Hijo/a _____ Fecha de Nacimiento _____

Estimado Padre,

Usted ha indicado que su hijo/a tiene un historial de convulsiones. La siguiente información será de gran ayuda para la enfermera escolar al cuidado de su hijo/a durante un ataque.

- Complete el cuestionario abajo concerniente a los ataques de su hijo/a.
- Llévelo el Plan de Emergencia Para el Manejo de Ataques aquí adjunto para su evaluación y firma. La información de su proveedor de cuidados es necesaria para tener un cuadro completo del estado de salud de su hijo/a.
- Los procedimientos del distrito escolar en relación al manejo de ataques será seguido hasta que recibamos otras instrucciones del doctor de su hijo/a.
- Continúe proporcionándole a la enfermera cualquier información actualizada después de futuras visitas al doctor.

Gracias por su continua cooperación. No dude en comunicarse conmigo para cualquier inquietud que tenga. Me puede localizar en el _____
Teléfono

Enfermera Escolar

Fecha

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIÁN

1. ¿Cuánto hace que su hijo/a sufre de ataques? _____

2. ¿Qué tipo de ataques tiene su hijo/a? _____

3. Fecha del último ataque _____

4. ¿Cuándo fue la última vez que su hijo/a fue visto/a por el doctor? _____

¿Cuál fue el motivo? _____

5. ¿Cuáles partes del cuerpo de su hijo/a se mueven durante los ataques?

Piernas _____Ambas _____Derecha _____Izquierda

Brazos _____Ambos _____Derecho _____Izquierdo

Cabeza _____ Pecho/tronco _____

Ninguno/Otros _____

6. ¿Usualmente hay una hora del día en que suceden los ataques? _____ Si es así, ¿a que hora? _____

7. Enumere cualquier señal de aviso que pueda ocurrir antes de empezar el ataque. _____

8. ¿Se queja su hijo/a de frío, mareos, entumecimiento, hormigueo, dolor de cabeza, náuseas, temblor, sensaciones extrañas antes o después de un ataque? _____
9. ¿Hay factores que ocasionen las convulsiones? _____
10. ¿Cuánto tiempo dura el ataque generalmente? _____
11. ¿Cómo se comporta su hijo/a después del ataque? _____
12. ¿Alguna vez ha sido necesaria hospitalización debido a los ataques? _____ Si es así ¿cuándo? _____
13. Enumere otros problemas de salud presentes o de enfermedades de largo plazo. _____

14. Medidas para controlar los ataques:

Tipo de medicamento, cantidad, hora que se toma, efectos secundarios que usted haya notado.

¿Con qué frecuencia ha recomendado su doctor que su hijo/a sea visto/a para controlar los ataques? _____

Medidas de primeros auxilios que su doctor ha recomendado en el pasado cuando su hijo/a tiene un ataque

Medidas de Seguridad: (Marque todas las pertinentes)

_____ ¿Casco? _____

_____ ¿Restricción de actividades? De ser así, enumere las actividades restringidas

_____ ¿Uso de brazalete de identificación/chapa?

_____ Estoy de acuerdo con que el personal escolar relacionado esté autorizado para comunicarse y consultar con el doctor de mi hijo/a en relación con sus necesidades médicas

Firma del Padre

Fecha

Firma del Doctor/a

Teléfono