



**ALVIN INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT**  
**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

- Salud general \_\_\_\_\_
- Funcionamiento físico \_\_\_\_\_
- Aprendizaje: \_\_\_\_\_
- Comportamiento: \_\_\_\_\_
- Humor/adaptación: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_
- Educación Fiscal (gimnasio) / deportes: \_\_\_\_\_
- Recreo: \_\_\_\_\_
- Viajes de estudios: \_\_\_\_\_
- 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: \_\_\_\_\_