

SEIZURE INFORMATION

Name: _____ Date of Birth _____ School: _____
Grade: _____ Teacher: _____ Date: _____

Dear Parent/Guardian:

You have noted on your child's emergency card that he/she has seizures. Please explain below to provide school personnel with a better understanding of your child's health status. Please return this form to the school office - *"Attention: School Nurse"*.

1. What kind of seizures does your child have?
_____ Petit Mal _____ Grand Mal _____ Other, please explain _____

2. How often does your child have a seizure? _____

3. How long do they last? _____

4. Do they occur at school? _____

5. Does your child know when the seizure is about to occur? _____

6. Is your child currently taking medication? Yes _____ No _____
Name of medication: _____ Dosage _____ Frequency _____
Name of medication: _____ Dosage _____ Frequency _____
Physician: _____ Phone _____
7. Is medication required at school? Yes _____ No _____
A supply of your child's medication may be kept at school for use if we have, on file, a completed *"Authorization For Medication Administration At School"* form. You may obtain a form by contacting your child's school.
8. Are there any specific emergency procedures you would like us to follow? We will call "911" for any student in acute distress. _____

Signature of Parent/Guardian _____ **Date** _____

PALM SPRINGS UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Palm Springs, California

HEALTH SERVICES

INFORMACION SOBRE ATAQUES

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Escuela: _____ Maestro: _____ Fecha: _____

Estimado Padre/Guardian:

Usted habra notado en la tarjeta de emergencia de su nino(a) sufre de ataques. Por favor conteste las preguntas siguientes para que la escuela comprenda mejor el problema de su nino. Devuelva este formulario, "Atencion: Enfermera de la Escuela".

1. Que clase de ataques tiene su hijo/hija?

____ Epilepsia (moderado) ____ Epilepsia (agudo) ____ Otra clase, (explique) _____

2. Con que frecuencia ocurren los ataques? _____

3. Cuanto duran? _____

4. Ocurren en la escuela? _____

5. Sabe su nino cuando se aproxima el ataque? _____

6. Esta su hijo/hija tomando alguna medicina? Si _____ No _____

Nombre de la medicina: _____ Dosis _____

Nombre de la medicina: _____ Dosis _____

Médico: _____ Teléfono: _____

7. Necesita tomar su medicina en la escuela? Si _____ No _____

La escuela tendrá en reserva la medicina de su hijo(a) si Usted ha completado el formulario "Autorización Para Suministrar Medicamento". Se requiere que al principio de cada año escolar se complete un formulario nuevo. Usted puede obtener ese formulario al llamar a la escuela.

8. Tiene Usted alguna indicacion que hacer a la escuela en caso de emergencia? La escuela llamara "911" si un estudianted tien un problema serio. _____

Firma del Padre/Guardian _____ **Fecha** _____