

Los Angeles School District
Medical Services Division
DISTRICT NURSING SERVICES

PARENT QUESTIONNAIRE FOR A STUDENT WITH SEIZURE
Questionario sobre estudiantes con convulsiones

Contact Information – Información de contacto

Student Name <i>Nombre del estudiante</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Sex <i>Sexo</i>	Date <i>Fecha</i>
School <i>Nombre de la escuela</i>	Grade <i>Grado</i>	Classroom/Teacher <i>Salón de clase/Nombre del maestro(a)</i>	
Parent/Guardian <i>Nombre del padre/madre/tutor legal</i>	Home Telephone <i>Teléfono de casa</i>	Cell phone <i>Teléfono celular</i>	
Other Emergency Contact <i>Persona a llamar en caso de emergencia</i>	Home Telephone <i>Teléfono de casa</i>	Cell phone <i>Teléfono celular</i>	
Licensed Healthcare Provider <i>Proveedor médico autorizado</i>	Telephone <i>No. de teléfono</i>	Address <i>Dirección</i>	
Student's Neurologist <i>Neurólogo del estudiante</i>	Telephone <i>No. de teléfono</i>	Address <i>Dirección</i>	

Significant Medical History or Conditions | *Información importante sobre el historial médico*

Seizure Information | *Información sobre las convulsiones*

1. When was your child diagnosed with seizure or epilepsy? | ¿Cuándo fue su hijo(a) diagnosticado(a) con convulsiones o epilepsia?

2. List Seizure types | ¿Qué tipos de convulsiones?

Seizure Type <i>Tipos de convulsiones</i>	Duration <i>Duración</i>	Frequency <i>Frecuencia</i>	Description <i>Descripción</i>

3. What might trigger a seizure in your child? | ¿Qué provoca una convulsión en su hijo(a)?

4. Are there any warnings and/or behavior changes before the seizure occurs? | ¿Hay señales o cambios en conducta antes de que una convulsión le ocurra?

5. When was your child's last seizure? | ¿Cuándo fue la última convulsión?

6. Has your child been to the emergency room due to seizures? | ¿Ha sido su hijo(a) llevado(a) al hospital de emergencia debido a una convulsión?

7. Has your child been hospitalized overnight for seizure? | ¿Ha su hijo(a) estado hospitalizado(a) debido a una convulsión?

8. How does your child react after a seizure? | ¿Cómo reacciona su hijo(a) después de una convulsión?

9. Describe what you do when your child has a seizure at home? | ¿Qué hace usted cuando su hijo(a) tiene una convulsión en casa?

Seizure Emergencies | Convulsiones consideradas una emergencia

10. Describe what constitutes an emergency for your child? (Answer may require consultation with treating physician and school nurse)
¿Cuándo considera usted que es una emergencia? (Su respuesta puede requerir que consulte con el médico de su hijo(a) y la enfermera de la escuela)

11. Has your child ever been hospitalized for continuous seizures? ____ Yes ____ No
¿Ha su hijo(a) sido hospitalizado(a) por tener convulsiones continuas? ____ Si ____ No

If yes, explain: | Si su respuesta es sí, por favor explique:

Daily Seizure Medication and Treatment Information | Información sobre el medicamento diario y tratamiento para las convulsiones

Medication Medicamento	Date Started Fecha en que empezó a tomarlo	Dosage Dosis	Frequency/Time Frecuencia en que lo toma / Horario	Possible Side Effects Posibles efectos secundarios

Emergency Seizure /Rescue Medication/ Treatment | Convulsiones por Emergencia / Medicamento para emergencia / Tratamiento

Medication/Treatment Medicamento / Tratamiento	Dosage Dosis	Administration Instruction Instrucciones sobre cómo administrarlo	What to Do After Administration Que hacer después de que se administra

12. What is the usual behavior after your child has received Diastat? | ¿Cuál es la conducta de su hijo(a) después de recibir el tratamiento Diastat?
Describe | Describa _____

13. My child has restrictions in following school related activities. Explain all that applies:
Mi hijo tiene restricciones en las siguientes actividades escolares. Explique todas las que aplican:

14. Additional information that you want us to know regarding your child: | ¿Hay alguna información adicional que quiera decirnos sobre su hijo(a)?

Parent will inform the school of any changes in child's health status, medication or change of healthcare provider.

El padre/madre/tutor legal informará a la escuela sobre cualquier cambio en el estado de salud de su hijo(a), el medicamento o cambio de proveedor médico.

Essential information may be shared with classroom teacher and other appropriate school personnel.

Información importante será compartida con el maestro de clase y el personal escolar apropiado.

Parent/Guardian _____ Date _____