

ESTUDIANTES CON CONVULSIONES

Cuestionario para Padres

Nombre del estudiante _____ Grado _____ Salón principal _____
Nombre del (los) padre(s) _____ Tel. (C) _____ (T) _____
Nombre del doctor del estudiante (para convulsiones) _____ Tel. _____

La siguiente información ayudará a la enfermera de la escuela de su niño(a) y al personal escolar a suplir las necesidades de salud de su niño(a) mientras él o ella está en la escuela. Por favor, responda las preguntas lo mejor que pueda. Si usted desea hablar personalmente acerca del asma de su niño(a) con la enfermera escolar, usted puede comunicarse con ella llamando el:

Nombre de la enfermera _____ Tel. _____ Días _____

1. ¿Por cuánto tiempo ha tenido su niño(a) convulsiones? _____
2. ¿Cómo describiría usted las convulsiones de su niño(a)? _____

3. ¿Con qué frecuencia le dan convulsiones a su niño(a)? _____
4. ¿Cuándo fue la última vez que su niño(a) tuvo una convulsión? _____
5. ¿Hay alguna diferencia entre los patrones de convulsiones pasadas y las presentes? Sí _____ No _____
Sí así es, ¿Cómo han cambiado éstas? _____

6. ¿Cómo afectan otras enfermedades el control de las convulsiones de su niño(a)? _____

7. ¿Con qué frecuencia su niño(a) ve a su doctor respecto a las convulsiones? _____
¿Cuándo fue su última cita? _____
8. ¿Cuántas veces, durante el año pasado, su niño ha sido tratado en la sala de emergencia u hospitalizado por convulsiones? _____
9. ¿Cuál medicamento toma su niño(a) para controlar las convulsiones? (cada día y según se necesite).

Nombre	Dosis	Hora	Posibles Efectos Secundarios
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
10. ¿Cuáles medicamentos su niño necesitará tomar durante las horas de clase? _____

11. ¿Debe la medicina ser suministrada de alguna manera especial? _____

12. ¿Cuáles, si alguno, efectos secundarios tiene su niño(a) de su(s) medicamento(s)?

13. ¿Hay alguna medicina que afecte el control de convulsiones en su niño? _____

14. ¿Cómo reacciona su niño(a) si salta una dosis de su medicina? _____

15. ¿Qué hace usted cuando su niño(a) salta una dosis de medicina? _____

16. ¿Necesita su niño(a) alguna consideración especial con respecto a la diabetes mientras está en la escuela?
(Marque todo lo que aplica y describa brevemente)

___ Problemas académicos _____

___ Problemas de conducta _____

___ Problemas emocionales _____

___ Educación Física _____

___ Participación en deportes _____

___ Precauciones en el recreo _____

___ Consideraciones especiales en excursiones _____

___ Observación de efectos secundarios de las medicinas _____

___ Otra _____

17. ¿Tiene su niño(a) algún otro problema de salud recurrente o crónico? _____

18. ¿Cuál es la mejor forma de comunicarnos con usted con relación a la diabetes de su niño(a), medicamento(s), y otras observaciones/preocupaciones (Ej., calendario, diario, nota, etc.)?

19. Si su niño tiene una convulsión en la escuela, ¿Cuáles acciones usted aconseja que el personal escolar tome?

20. ¿Piensa usted que su niño(a) se abstiene de participar en actividades escolares por causa de sus convulsiones?

Sí _____ No _____ Si así es, por favor describa. _____

21. ¿Hay algo más que desea que el personal escolar sepa acerca de la diabetes de su niño(a)?

¿Se puede compartir esta información con el maestro del aula, el conductor del autobús y demás empleados escolares pertinentes? Sí _____ No _____

Firma del padre o tutor que llenó el cuestionario

Fecha