



PO Box 1117 1602 W. Ferguson Rd
Mt. Pleasant TX 75455
(903)575-2092 fax (903)575-2077

Year: _____



Seizure Care Plan

Child's name/ <i>Nombre del Niño</i>	Birthday/ <i>Fecha de Nacimiento</i>	Room/Salon

To be filled out by parent:

Parent/Guardian Name: _____ Phone number: _____

Doctor: _____ Address: _____ Phone number: _____

Hospital: _____ Address: _____ Phone number: _____

To be filled out by parent/*Llenado por padre:*

Is child's seizure condition diagnosed by a physician? /*Los ataques de su hijo(a) han sido diagnosticados por un medico?*
Yes/Si _____ No _____

When is your child likely to have a seizure? /*Cuando es mas comun que le den los ataques?* _____

List possible seizure triggers and/or warning signs /*Identifique las causas o las advertencias que causan los ataques:* _____

When was your child's most recent seizure? /*Cuando tuvo el ataque mas reciente?* _____

Are seizures typically associated with fever? /*Los ataques son asociados con fiebre?*
Yes/Si _____ No _____
If Yes, when? _____

Please describe your child's seizure /*Porfavor describa los ataques de su hijo(a):* _____

Has child ever been hospitalized for seizures? /*Su nino(a) ha estado hospitalizado a causa de los ataques?*
Yes/Si _____ No _____

How often does your child have seizures? /*Con que frecuencia tiene ataques su nino(a)?* _____

Does your child need any special considerations related to his/her seizure activity while at school? /*Su hijo(a) necesita alguna consideracion especial relacionada con sus ataques mientras este en la escuela?*
Yes/Si _____ No _____
If yes, explain/ *Si respondio "si", explique:* _____

Continued on the Back/ *Continuado atras*

Year: _____

To be filled out by Doctor/Llenado por Doctor:

Medication (Medicamentos)

List all medication your child takes for seizures/ Escriba todos los medicamentos que su hijo(a) toma para convulsiones		
Name of Medication/ Nombre del medicamento	Dose of medication/ Dosis de medicamento	Frequency of medication/ Frecuencia del medicamento

Emergency Action Plan/ *Plan de acción en caso de emergencia:* _____

I give the school permission to administer the seizure care plan.

Parent or Guardian Signature/Firma del Padre o Tutor: _____ Date: _____

Doctor Signature/Firma del Doctor: _____ Date: _____

Teacher Signature/Firma del Maestro(a): _____ Date: _____

Health Staff Signature/Firma de Personal de Salud: _____ Date: _____