

HISTORIAL DE CONVULSIONES DEL ESTUDIANTE

ESTUDIANTE Nombre y fecha de nacimiento del estudiante	
DIAGNÓSTICO DE CONVULSIONES Dígame qué tipo de trastorno convulsivo se le ha diagnosticado a su hijo.	
TIPO DE CONVULSIONES Dígame sobre lo que su hijo experimenta con una convulsión.	
ACTIVIDAD CONVULSIVA ¿Cuándo fue la última convulsión de su hijo?	
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia experimenta su hijo convulsiones?	
DURACIÓN ¿Cuánto duran normalmente las convulsiones?	
DESENCADENANTES ¿Hay algo que desencadene la actividad convulsiva de su hijo?	
MEDICAMENTOS REGULARES ¿Toma su hijo medicamentos diariamente para las convulsiones?	
MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA ¿Toma su hijo medicamentos de emergencia para las convulsiones?	
VNS ¿Tiene su hijo un VNS?	
DIETA ¿Sigue su hijo una dieta cetogénica?	
RESTRICCIONES ¿Tiene su hijo alguna restricción relacionada con las convulsiones?	
ACOMODACIONES ¿Su hijo requiere alguna acomodación relacionada con las convulsiones?	
¿NEUROLOGÍA? ¿Quién es el neurólogo de su hijo? ¿Cuándo fue su última cita?	
LLENADO DEL FORMULARIO ¿Quién llenó este formulario? ¿Fecha?	