

**CUESTIONARIO PARA PADRES DE UN ESTUDIANTE CON CRISIS**

Por favor complete todas las preguntas. Esta información es esencial para que la enfermera y el personal escolar puedan determinar las necesidades especiales de su estudiante y proveerle un ambiente de aprendizaje positivo y de apoyo. Si usted tiene alguna pregunta sobre cómo completar esta forma, por favor póngase en contacto con la enfermera escolar de su niño/a.

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Año escolar: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Salón: \_\_\_\_\_  
 Nombre del padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Tel. (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_  
 Otro contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Tel. (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_  
 El neurólogo del/de la niño/a: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 El médico de cuidados primarios del niño o niña.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Eventos significativos dentro de su historia médica o condiciones de salud: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE LAS CRISIS:**

1. ¿Cuándo fue diagnosticado su niño/a con crisis epilépticas o epilepsia? \_\_\_\_\_

2. Tipo(s) de crisis:

<i>Tipo de crisis:</i>	<i>Duración</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Descripción</i>

3. ¿Que podría provoca una crisis en su niño/a? \_\_\_\_\_

4. ¿Se presenta alguna señal de advertencia y/o cambios en la conducta de su niño/a antes de que el ocurra una crisis? SI NO

Si respondió SÍ, por favor explique: \_\_\_\_\_

5. ¿Cuándo fue la última crisis de su niño/a? \_\_\_\_\_

6. ¿Ha habido algún cambio reciente en el patrón de comportamiento de las crisis de su niño/a? SI NO

Si respondió SI, por favor explique: \_\_\_\_\_

7. ¿Cómo reacciona su niño/a después de que termina una crisis? \_\_\_\_\_

8. ¿Cómo afectan las otras enfermedades el control de las crisis de su niño/a? \_\_\_\_\_

**Primeros auxilios básicos para crisis:**

- ✓ Mantenga la calma y note el tiempo que dura la crisis
- ✓ Mantenga al niño o niña a salvo
- ✓ No le inmovilice
- ✓ No le ponga nada en la boca
- ✓ Permanezca con el/ niño o niña hasta que esté totalmente consciente
- ✓ Documente las crisis

**Para crisis tónico-clónicas (Gran mal):**

- ✓ Proteja su cabeza
- ✓ Mantenga las vías respiratorias abiertas /observe la respiración
- ✓ Coloque al niño o niña de lado

**PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS: Cuidados y medidas para confortar al niño o niña**

9. ¿Qué procedimientos de primeros auxilios básicos deben tomarse cuando su niño/a tiene una crisis en la escuela? \_\_\_\_\_

10. Después de una crisis ¿Necesita su niño/a salir del salón de clase? SI NO

Si respondió SI, ¿Qué proceso recomienda usted para regresar al niño o niña a su salón de clase?: \_\_\_\_\_

**Generalmente una crisis se considera como una emergencia cuando:**

- ✓ Un convulsión (tónico-clónica) dura más de 5 minutos
- ✓ El estudiante ha tenido crisis continuas sin recobrar la consciencia
- ✓ El estudiante tiene la crisis por primera vez
- ✓ El estudiante está herido o es diabético
- ✓ El estudiante tiene dificultades para respirar
- ✓ El estudiante tiene una crisis en el agua

**EMERGENCIA EN CASO DE UNA CRISIS**

11. Por favor describa qué es lo que constituye una emergencia para su niño/a (La respuesta puede requerir que consulte con el médico que trata al niño o niña y con la enfermera escolar.) \_\_\_\_\_

12. ¿Ha sido hospitalizado el niño o niña alguna vez debido a crisis continuas?

SI NO

Si respondió SI, por favor explique: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS PARA LAS CRISIS Y TRATAMIENTO**

13. ¿Qué medicinas toma su niño/a?

Medicina	Fecha de inicio	Dosis	Frecuencia y hora en que se toma	Posibles efectos secundarios

14. ¿Qué medicinas de emergencia/o de rescate le han prescrito a su niño/a?

Medicina	Dosis	Instrucciones de administración (Horario* y método **)	Que hacer después de que la medicina es administrada:

\* Después de la 2da. o 3er crisis, para crisis continuas, etc. \*\*Por vía oral, bajo la lengua, o por vía rectal.

15. ¿Qué medicinas necesita tomar su niño/a durante las horas escolares? \_\_\_\_\_

16. ¿Deben administrarse algunas de estas medicinas de una manera especial? SI NO

Si respondió SI, por favor explique: \_\_\_\_\_

17. ¿Se debe estar pendiente de alguna reacción en particular? SI NO

Si respondió SI, por favor explique: \_\_\_\_\_

18. ¿Qué debe hacerse cuando su niño/a no toma alguna dosis del medicamento? \_\_\_\_\_

19. ¿Debe tener la escuela una dosis de medicina en reserva en caso de que el/la niño/a no tome una dosis? SI NO

20. ¿Desea usted que se le llame antes de que se le dé al niño o niña la medicina de reserva en caso de que no haya tomado una dosis? \_\_\_\_\_

21. ¿Tiene su niño/a un Estimulador del nervio vago? SI NO

Si respondió SI, por favor describa las instrucciones para el uso apropiado del imán: \_\_\_\_\_

**CONSIDERACIONES Y PRECAUCIONES ESPECIALES**

22. Marque todo lo que aplica y describa cualquier consideración o precauciones que deben tomarse:

- Salud general \_\_\_\_\_
- Funcionamiento físico \_\_\_\_\_
- Aprendizaje: \_\_\_\_\_
- Comportamiento: \_\_\_\_\_
- Estado de ánimo/adaptación: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_
- Educación física /deportes: \_\_\_\_\_
- Recreo: \_\_\_\_\_
- Viajes escolares: \_\_\_\_\_
- Transporte por autobús: \_\_\_\_\_

**SOBRE LA COMUNICACIÓN**

23. ¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted sobre las crisis de su niño/a? \_\_\_\_\_

24. ¿Nos permite compartir esta información con el maestro o maestra del salón de clase y otro personal apropiado de la escuela? SI NO

Firma de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha en que fue actualizado: \_\_\_\_\_