

LAKELAND SCHOOL OF WALWORTH COUNTY
W3905 COUNTY ROAD NN – ELKHORN, WI 53121
SEIZURE INTAKE FORM
Formulario de admisión de convulsiones
2022-2023 SCHOOL YEAR

STUDENT'S NAME: _____
 ESTUDIANTE:

DATE OF BIRTH: _____
 FECHA DE NACIMIENTO:

PRIMARY PHYSICIAN'S NAME: _____
 DOCTOR PRINCIPAL:

PHONE #: _____
 TELÉFONO:

<p>When was student diagnosed with seizures? ¿Cuándo se le diagnosticó al estudiante convulsiones?</p>	
<p>Seizure Type: (what do seizures look like, how long do they last, etc.) Tipo de Convulsión (cómo se ven las convulsiones, cuánto duran, etc.)</p>	
<p>Any known triggers? (i.e. illness, flashing light, noise, fatigued, upon awakening, etc.) ¿Algún desencadenante conocido? (es decir, enfermedad, luz intermitente, ruido, fatiga, al despertar, etc.)</p>	
<p>When was his/her last seizure (frequency)? ¿Cuándo fue su última convulsión (frecuencia)?</p>	
<p>Treatment: (meds, including diastat, ketogenic diet, VNS, etc.) Tratamiento: (medicamentos, incluidos diastat, dieta cetogénica, VNS, etc.)</p>	
<p>Plan: (When do parents want to be notified?) Plan: (¿Cuándo quieren los padres que se les notifique?)</p>	
<p>When should 9-1-1 be called? (9-1-1 will be called if there are any safety/airway concerns) ¿Cuándo se debe llamar al 9-1-1? (Se llamará al 9-1-1 si hay algún problema de seguridad o de las vías respiratorias)</p>	
<p>Student's reaction to seizure (tired, headache, nausea). Care will be provided as needed; may need to send home if student needs long periods of rest following seizure. Reacción del estudiante a las convulsiones (cansancio, dolor de cabeza, náuseas). Se brindará atención según sea necesario; Es posible que deba enviarlo a casa si el estudiante necesita períodos prolongados de descanso después de la convulsión.</p>	
<p>Restrictions (swimming, heights, etc.): Restricciones (natación, alturas, etc.):</p>	

 Parent/Guardian Signature
 Firma del Padre/Tutor

 Date
 Fecha