



FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LAS CONVULSIONES DEL PARTICIPANTE



Parks & Recreation Department
Adapted Programs
620 Laguna Street
Santa Barbara, CA 93101
(805) 564-5421
www.sbparksandrecreation.com

Participante _____ Fecha _____

Neurólogo \ Médico _____ TEL _____

La información de inscripción del participante aquí nombrado indica que el participante tiene convulsiones. Agradeceríamos su cooperación en contestar las siguientes preguntas para mejor comprender si existe alguna necesidad médica. Es la responsabilidad del participante o, para menores de edad y adultos dependientes la del padre custodio o tutor legal, revelar toda la información pertinente con respecto a la salud y necesidades especiales del participante.

Antecedentes de Convulsiones	Fecha	Comentarios
Fecha de la primera convulsión	/ /	
Fecha de la más reciente convulsión	/ /	
Diagnóstico y fecha	/ /	
Duración de las convulsiones		
Frecuencia de las convulsiones		
	Sí No	
¿Ha estado en Estado Epiléptico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha necesitado atención de emergencia por sus convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le ha hecho un electroencefalograma (EEG)? Describa los resultados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le ha hecho un MRI (estudio del tubo)? Describa los resultados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Algo desencadena la convulsión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Experimenta un aura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Periodos de mayor actividad convulsiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le gusta nadar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tónico-Clónica Generalizada		
Aura o grito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rigidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extremidades se sacuden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiración irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de control de vejiga/intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsión Parcial Epiléptica		
Confusión Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimientos sin propósito: masticar, caminar, hablar entre dientes, jalarse la ropa, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Status No Convulsivo		
Mirada fija por corto tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dejar de prestar atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimientos como tics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mover o dejar caer la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre del Medicamento	Dosis	Horario	Comentarios

Firma del participante o, para menores de edad y adultos dependientes, la del padre custodio o tutor legal:

✓Firma _____ Nombre Completo (letra de molde) _____ Fecha _____