

EPILEPSY CARE PLAN PLAN DE CUIDADOS PARA LA EPILEPSIA

TO BE COMPLETED BY PARENT & REVIEWED BY PEDIATRICIAN

CONTACT INFORMATION/ INFORMACIÓN DE CONTACTO

Child's Name/Nombre del niño: _____ County of Residence/Condado donde vive: _____
 Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____ Parent/Guardian Name/Nombre del Padre/Guardián: _____
 Tel. (Home/Casa): _____ (Work/Trabajo): _____ (C): _____
 Emergency Contact/Contacto de Emergencia: _____ Tel. (H/Casa): _____ (W/T): _____ (C): _____
 Neurologist/Neurologo: _____ Tel. (W/T): _____ (Fax): _____

In addition to epilepsy/seizure disorder, what (if any) medical conditions does your child have? / En adición a epilepsia/condición de ataques, cuales (si hay) otras condiciones medicas tiene su hijo?: _____

Allergies/Alergias: _____

SEIZURE INFORMATION/INFORMACION ACERCA DE LOS ATAQUES

For seizure protocol, see Seizure Action Plan/Para el protocolo para los ataques, refiere al Plan de Acción para Los Ataques

1. At what age was your child diagnosed with epilepsy/seizure disorders?
 ¿Cuándo fue su hijo diagnosticado con ataques o epilepsia? _____
2. What might trigger a seizure in your child?
 ¿Qué puede provocar un ataque en su hijo? _____
3. Are there any warnings and/or behavior changes before the seizure occurs? YES/SI
 ¿Hay señales y/o cambios en comportamiento antes que ocurre los ataques? NO
 If YES, please explain/Si HAY, por favor explique: _____
4. When was your child's last seizure? _____
 ¿Cuándo fue el último ataque que sufrió su hijo? _____
5. Have there been any recent changes in your child's seizure patterns? YES/SI NO
 ¿Recientemente ha habido algún cambio en los ataques de su hijo? YES/SI NO
 If YES, please explain/Si HA HABIDO, por favor explique: _____
6. How does your child react after a seizure is over?
 ¿Cómo reacciona su hijo después del ataque? _____
7. How do other illnesses affect your child's seizure control?
 ¿Los ataques son afectados por otras condiciones médicas? _____
8. Has child ever been hospitalized for continuous seizures? YES/SI
 ¿Alguna vez fue su hijo hospitalizado por ataques continuos? NO
 If YES, please explain/Si fue hospitalizado, por favor explique: _____

SPECIAL EQUIPMENT, SAFETY INFORMATION AND LIMITATIONS/EQUIPAMIENTO ESPECIAL, INFORMACION DE SEGURIDAD Y LIMITACIONES

9. Please check all that apply/Por favor marcar todos los que aplican:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gastrostomy/Gastronomía | <input type="checkbox"/> Communication Device/Aparato de Comunicación |
| <input type="checkbox"/> Tracheostomy/Tracostromía | <input type="checkbox"/> Adaptive Seating/Asiento Especial |
| <input type="checkbox"/> Crutches/Muletas | <input type="checkbox"/> Suction/Succión |
| <input type="checkbox"/> Nebulizer/Nebulizador | <input type="checkbox"/> Walker/Andadera |
| | <input type="checkbox"/> Wheelchair/Silla de ruedas |
| | <input type="checkbox"/> Helmet/Casco |
| | <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____ |

SPECIAL CONSIDERATIONS & PRECAUTIONS/CONSIDERACIONES ESPECIALES Y PRECAUCIONES

- 10. Describe any limitations that your child has in regards to:/Describir cualquier limitación que su hijo tiene con respecto a:
 - a. Dietary restrictions/Restricciones dietéticas _____
 - b. Physical Activity/Las actividades físicas _____
 - c. Use of stairs/elevators/El uso de escaleras/elevadores _____
 - d. Other/Otro: _____

11. Check all that apply and describe any considerations or precautions that should be taken/ Marcar todo que aplica y describir los consideraciones o precauciones que se debe toma.

<input type="checkbox"/> General health/Salud general	<input type="checkbox"/> Mood/coping/Estado emocional	<input type="checkbox"/> Urinary/Urinaria
<input type="checkbox"/> Hearing/Vision/Audición/Visión	<input type="checkbox"/> Sensory/Sensorio	<input type="checkbox"/> Cardiac/Cardiaco
<input type="checkbox"/> Respiratory/Respiratorio	<input type="checkbox"/> Communication/Comunicación	<input type="checkbox"/> Behavior/Comportamiento
<input type="checkbox"/> Musculo-skeletal/Musculo-esceletál	<input type="checkbox"/> Learning/Aprendizaje	<input type="checkbox"/> Other/Otro:
<input type="checkbox"/> Feed/Swallowing/Alimentar/Tragar	<input type="checkbox"/> Stamina/Fatigue/Energía/Fatigarse	
<input type="checkbox"/> Recess/Recreo	<input type="checkbox"/> Field trips/Viajes escolares	

SPECIAL SERVICES/SERVICIOS ESPECIALES (Cicle one / Seleccione uno)

12. Nursing Agency/Agencia de Enfermería: _____ Phone/Tele.: _____

13. Home Health Agency/Agencia de Salud en el Hogar: _____ Phone/Tele.: _____

14. Does your child receive **physical therapy (PT)**? YES/SI NO Frequency/Frecuencia: _____
 ¿Su hijo recibe *terapia física*?
 Name/Contact Information/Nombre/Información de Contacto: _____

15. Does your child receive **speech therapy**? YES/SI NO Frequency/Frecuencia: _____
 ¿Su hijo recibe *terapia de hablar*?
 Name/Contact Information/Nombre/Información de Contacto: _____

16. Does your child receive **occupational therapy (OT)**? YES/SI NO Frequency/Frecuencia: _____
 ¿Su hijo recibe *terapia ocupacional*?
 Name/Contact Information/Nombre/Información de Contacto: _____

17. Does your child receive **any other therapies**? YES/SI NO Frequency/Frecuencia: _____
 ¿Su hijo recibe *otras terapias*?

18. Does your child have Early Intervention Services, Special Education Services, an Individualized Education Plan or a 504 plan? ¿Su hijo tiene Servicios de Intervención Infantil, Servicios Educativos Especiales, un Plan Individualizado de Educación (IEP) o un Plan 504? YES/SI NO
 If yes, which plan and effective date/Nombre del plan y Fecha: _____

19. Does your child have a case manager or Medicaid service coordinator through OMRDD (Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities)? ¿Su hijo tiene un Coordinador de Servicios de Medacaid por OMRDD(Oficina para Retardación Mental y Discapacidades del Desarrollo)? YES/SI NO
 Name/Contact Information/Nombre/Información de Contacto: _____

TRANSPORTATION/TRANSPORTACIÓN (Cicle one / Seleccione uno)

20. Does your child have special transportation arrangements while traveling to/from school? YES/SI NO
 ¿Su hijo tiene transporte especial cuando viajando a/de la escuela?
 a. Name/Phone number of transportation company/Nombre/Numero de teléfono de la compañía de transporte: _____

b. Does your child have a para-professional/Su hijo/hija tiene un para-profesional? YES/SI NO

GENERAL COMMUNICATION ISSUES/COMUNICACIÓN GENERAL

21. What is the best way for us to communicate with your child? _____
 ¿Cómo debemos comunicarnos con usted acerca de los ataques de su hijo/a? _____

22. What is the best way for us to communicate with you about your child's seizure(s)? _____

¿Cómo debemos comunicarnos con su hijo? _____

23. Can this information be shared with classroom teacher(s) and other appropriate school personnel? YES/SI

¿Podemos compartir esta información con lo(s) maestro(s) de aula y otras personas de la escuela? NO

24. I give my permission to share the information in this care plan with all of my child's providers except/*Yo doy permiso para compartir la información en este plan con todos los proveedores de mi hijo con el excepción de:* _____

Parent/Guardian Signature/Firma de los Padres/Guardián: _____ **Date/Fecha:** _____

(Epilepsy Care Plan should be reviewed every six months)

(Se debe revisar El Plan de Cuidados para Epilepsia cada seis meses.) _____ **Date Reviewed/Fecha Revisado:**

Signature of Health Care Provider/

Firma de la Proveedor de Servicios de Salud: _____

_____ *Date/Fecha*