



### Parent Seizure Letter

Dear Parents or Guardians of : \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

You are receiving this letter because you indicated on the school registration form that your child has a seizures.

In order for us to provide the best care for your child, we need your help with the following:

Please check one of the following:

- \_\_\_\_\_ My child no longer has seizures and receives no treatment or medication.
- \_\_\_\_\_ My child has seizures, but they are not active and receives no treatment or medication.  
\*(Date of last seizure: \_\_\_\_\_)
- \_\_\_\_\_ My child has seizures and receives treatment and medication at:  
\_\_\_\_\_ Home \_\_\_\_\_ School

**If you marked the last choice, we ask that you complete the attached forms and return them to the school nurse as soon as possible. We require these forms every year, as the authorization is only good for one school year.**

**Parent Information Form**-This gives us important health information regarding your child's seizures. Please sign the bottom of the form allowing the nurse to contact and communicate with your child's doctor, if needed.

**Seizure Orders**-This form explains what medications and actions the doctor prescribes if your child has a seizure. Your help in ensuring this is completed by your child's physician is appreciated.

**Parent Authorization of Medication at School:** This form gives the health team and school permission to give your child seizure medications that need to be given at school.

Should you have any questions or concerns, please feel free to call me at \_\_\_\_\_.

Sincerely yours,

\_\_\_\_\_, RN  
School Nurse

## Carta de ataques de los padres

Estimados padres o tutores de: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Usted está recibiendo esta carta porque ha indicado en el formulario de registro de la escuela que su hijo tiene ataques.

Para que nos permite ofrecer la mejor atención para su hijo, necesitamos su ayuda con lo siguiente:

Por favor marque uno de los siguientes:

\_\_\_\_\_ Mi hijo ya no tiene convulsiones y no recibe tratamiento o medicación.

\_\_\_\_\_ Mi hijo tiene convulsiones, pero no están activos y no recibe ningún tratamiento o medicamento.

\* (Fecha de la última convulsión: \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ Mi hijo tiene convulsiones y recibe tratamiento y medicación en:

\_\_\_\_\_ la casa      \_\_\_\_\_ Escuela

**Si ha marcado la última opción, le pedimos que complete los formularios adjuntos y devolverlos a la enfermera de la escuela tan pronto como sea posible. Requerimos estas formas todos los años, ya que la autorización sólo es válida por un año escolar.**

**Padres Forma-**Esta información nos da información de salud importante con respecto a las convulsiones del niño. Por favor firme la parte inferior del formulario que permite a la enfermera para contactar y comunicarse con el médico de su hijo, si es necesario.

**Órdenes convulsivos-**Este formulario explica qué medicamentos y las acciones prescribe el médico si su hijo tiene una convulsión. Su ayuda en asegurar esto es llenado por un médico de su hijo es apreciada.

**Autorización de los padres de los medicamentos en la escuela:** Esta forma le da al equipo de salud y permiso a la escuela para dar a sus medicinas para las convulsiones infantiles que necesitan ser dada en la escuela.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en llamarme al \_\_\_\_\_.

Sinceramente tuyo,

\_\_\_\_\_, RN

Enfermera de la escuela



SEIZURE CARE INFORMATION FROM PARENT/GUARDIAN



Your school nurse will use the following information to plan for safe care of your child should a seizure occur at school. Parents/guardians are notified and EMS (911) called if a student has difficulty breathing, the seizure lasts longer than 5 minutes, if more than one seizure occurs, or if a long period of time has occurred since the last seizure.

Student Name \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Parents/Guardians \_\_\_\_\_

Home # \_\_\_\_\_ Alternate # \_\_\_\_\_ Work # \_\_\_\_\_

Emergency contacts \_\_\_\_\_

Home # \_\_\_\_\_ Alternate # \_\_\_\_\_ Work # \_\_\_\_\_

Physician who cares for your child's seizure disorder \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Last date your child was seen by this doctor? \_\_\_\_\_ Next appt \_\_\_\_\_ Age diagnosed? \_\_\_\_\_

List type(s) of seizure(s) your child has (grand mal, petit mal, partial/complex etc). \_\_\_\_\_

What usually makes the seizure(s) start? Describe how your child behaves when a seizure starts. \_\_\_\_\_

How long do the seizures last? \_\_\_\_\_

How often does your child have a seizure? \_\_\_\_\_

Medications or procedures given at HOME: \_\_\_\_\_

SCHOOL: \_\_\_\_\_ Diastat? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Vagal Nerve Stimulator (VNS)? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

How does your child get to and from school? Walk/ ride bike School bus Car

Authorization for Release of Medical Information:

I hereby authorize \_\_\_\_\_ to furnish medical information regarding \_\_\_\_\_ (Clinic/Provider)

my child \_\_\_\_\_ to the School Nurse at \_\_\_\_\_ Student's name School

Parent/guardian's Signature \_\_\_\_\_ Print name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

I give permission for the School Nurse to communicate with my child's doctor concerning their medical condition.

Parent/ Guardian Signature \_\_\_\_\_ Print Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_





INFORMACIÓN DE PADRES/CUSTODIO
LEGAL SOBRE CUIDADO DE ATAQUES



Su enfermera escolar usará la siguiente información para hacer planes para cuidado seguro de ataques de su hijo, si alguno ocurriera en la escuela. Se notifica a padres/custodios legales y se llamará a EMS (911) si el estudiante tiene dificultad para respirar, o el ataque dura más de 5 minutos, o hay más de un ataque, o si ha pasado un largo periodo de tiempo desde el último ataque.

Nombre del estudiante Fecha de nacimiento Grado

Padres/custodio legal # de Casa # Alternativo # Trabajo

Contactos de emergencia # de Casa # Alternativo # Trabajo

Médico que atiende el desorden de ataques de su hijo(a) Teléfono

Última fecha en que este doctor vio a su hijo(a) Sigte. cita Edad del diagnóstico

Haga una lista del tipo(s) de ataque(s) de su hijo(a) (grand mal, petit mal, parcial/complejo, etc.)

¿Qué es lo que suele causar el principio del ataque? Describa cómo se comporta su hijo(a) al empezar el ataque.

¿Cuánto duran los ataques?

¿Con qué frecuencia tiene su hijo(a) un ataque?

Medicaciones o procedimientos aplicados en el HOGAR:

ESCUELA: Diastat? Sí No

Estimulador de nervio vago (VNS)? Sí No

¿Cómo llega a la escuela o regresa de ella su hijo(a)? camina/ en bicicleta autobús escolar auto

Autorización para dar información médica:

Por este documento yo autorizo a para que dé información médica (Clínica / /Proveedor)

sobre mi hijo(a) a la enfermera escolar en Nombre del estudiante Escuela

Firma de padres/custodio legal Nombre impreso Fecha

Doy permiso a la enfermera escolar para comunicarse con el doctor de mi hijo(a) acerca de su condición médica.

Firma de padres/custodio legal Nombre impreso Fecha

## Seizure Orders

Student Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Physician: \_\_\_\_\_ Office Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Seizure Information			
Seizure Type	Length	Frequency	Description
Seizure Triggers or Warning Signs		Student's Response after Seizure	

When was the last known seizure? \_\_\_\_\_

Age of Dx \_\_\_\_\_ Last MD visit \_\_\_\_\_ Co-existing diagnosis \_\_\_\_\_

Medications at home \_\_\_\_\_

Treatment Protocol During School Hours (Include Daily and Emergency Medications)		
Medication	Dose & Time	Special Instructions

If Diastat Ordered
<ul style="list-style-type: none"> <li>If Diastat ordered, has the student received this dose before? Yes ___ No ___ <b>Note: if student has not received this dose before, EMS will be called after Diastat administered.</b></li> <li>Call EMS every time Diastat administered? Yes ___ No ___</li> <li>If Student Health Services is on campus, student will be monitored under direct observation for seizure activity, breathing and color changes, until the student is stable.</li> </ul> <p><b>EMS will be called if:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Student Health Services is <b>NOT</b> on campus and Diastat was administered by trained AISD staff.</li> <li>One dose of Diastat does not stop the seizure in ___ minutes</li> <li>Another seizure begins within ___ minutes after one ends</li> <li>Parent is unable to pick-up student within 30 minutes after Diastat administration</li> <li>Other Instructions: _____</li> </ul>

**Does Student have a Vagus Nerve Stimulator?** Yes \_\_\_ No \_\_\_  
 Can magnet be swiped more than once? Yes \_\_\_ No \_\_\_ Time interval \_\_\_\_\_

Special considerations and Precautions (regarding school activities, sports, trips, transportation)
Describe any special considerations or precautions:

- AISD Policy:**
- If the student has a seizure that lasts 5 minutes or longer, EMS is called.\*
  - If student has more than one seizure within 30 minutes, parent must come and pick up student from school.\*
  - EMS is called if seizure occurs on the bus**
  - List reasonable exceptions \_\_\_\_\_

\* If Student Health Services staff is not on campus

Physician's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

8/4/2011 12:26 PM





## Parent/Guardian Authorization of Medication at School

(Complete one form for each medication)

Student Name: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_  
 School Name: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

**Only those medications that are medically necessary during school hours for a student's attendance or written in an IEP should be sent to school.** Children's AISD Student Health Services and AISD require the following:

- Parent/Guardian written authorization for medication administration at school
- Medication in the original, properly labeled container (name of medicine with strength, dosage and directions; name of prescribing physician who is licensed in Texas; current date)
- Medication label contains the student's first and last name
- Non-prescription/Over-the-counter medications may be available in the health room for two (2) weeks only with parent authorization. After two (2) weeks, a physician's order will be required.
- Non-prescription medication dosage must agree with manufacturer's recommendations or a physician's order will be required.
- The first dose of this medication for the current condition/illness **may not be given at school.**

**Please complete the following:**

Medication Name and Strength (only one medication per page)	Dosage	Time(s) to be Given at School	How it is Taken (mouth, eye, ear, nose, tube, on the skin, etc.)	Reason/ Medical Condition for which Medication is given	Medication expiration date	Additional Comments
					Expires:	

Medication Start Date: \_\_\_\_\_ Medication Stop Date: \_\_\_\_\_

When was the first dose of this medication given for this illness/condition? \_\_\_\_\_

Date and Time

1. I request that the above medication be given during school hours as ordered by this student's physician. I also request that the medication be given on field trips, as prescribed with adequate notification from me.
2. I release school personnel from liability in the event adverse reactions result from taking the medication.
3. I will notify the school of any change in the medication, (dosage change, time change, etc.).
4. I give permission for the school nurse to communicate with the student's teachers about the student's health condition(s) and the action(s) of the medication.
5. I give permission for the school nurse to consult with the above student's physician regarding any questions that arise with regard to the listed medication or medical condition being treated by the medication.
6. I give permission for the medication to be given by trained school personnel as delegated by the Principal.
7. My child \_\_\_\_\_ **may/may not** carry the medication home when the school year ends.

Circle One

\_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian Printed Name                      Day Phone                      Home Phone

\_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian Signature                      Date                      Relationship to Student

Reviewed by RN \_\_\_\_\_ SHA \_\_\_\_\_ may/ \_\_\_\_\_ may NOT administer this medication  
 Date \_\_\_\_\_  
 RN PRINTED Name: \_\_\_\_\_ RN Signature: \_\_\_\_\_

## Autorización de Padres/Custodio legal para dar medicinas en la escuela (Llene una forma para cada medicina)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**A la escuela deben enviarse solo las medicinas que sean médicamente necesarias durante horas de escuela para la asistencia de un estudiante, o que estén escritas en un IEP.** Los servicios de salud a niños y a estudiantes del AISD, lo mismo que el AISD requieren lo siguiente:

- Autorización escrita de padres/custodio legal, para dar medicinas en la escuela
- Que la medicina esté en su envase original, debidamente membretado (nombre de la medicina, con su potencia, dosis e instrucciones; nombre del médico que la receta, con licencia de Texas; fecha actual)
- En el membrete de la medicina deben estar el nombre y el apellido del estudiante
- Sobre los contadores medicamentos sin receta, pueden permanecer en la sala de salud durante dos semanas sólo con autorización de los padres. Después de dos semanas, se requerirá la orden de un médico.
- La primera dosis de esta medicina para el mal o enfermedad actual **no puede darse en la escuela.**

**Inhaladores asmáticos pueden auto-administrarse, si lo aprueba la enfermera escolar. Vea a su enfermera escolar para información adicional y para forma de petición.**

**Por favor completar lo siguiente:**

Nombre y potencia de la medicina	Dosis	Hora(s) para darla en la escuela	Cómo se toma (por la boca, los ojos, los oídos, la nariz, por tubo, en la piel, etc.)	Razón/ Padecimiento médico por el que se da la medicación	Fecha de caducidad de medicamentos:	Comentarios adicionales

Fecha de inicio de la medicina: \_\_\_\_\_ Fecha para terminar la medicina: \_\_\_\_\_

¿Cuándo se dio la primera dosis de esta medicina para esta enfermedad / padecimiento? \_\_\_\_\_  
Fecha y hora

1. Pido que la medicina antes dicha se dé en horas de escuela, como lo receta el médico de este estudiante. Pido también que la medicina se dé en viajes de estudio, como está prescrita; yo daré el aviso oportuno.
2. Libero de responsabilidad al personal de la escuela, si resultan reacciones adversas de tomar la medicina.
3. Daré aviso a la escuela de cualquier cambio en la medicina (cambio en la dosis, en horario, etc.).
4. Doy permiso de que la enfermera de la escuela se comunique con maestros(as) del estudiante sobre su estado de salud y la acción(es) de la medicina.
5. Doy permiso de que la enfermera de la escuela consulte al médico del estudiante sobre cualquier duda que se presente con respecto a la medicina mencionada o al padecimiento médico tratado por la medicina.
6. Doy permiso de que personal escolar capacitado administre la medicina, según lo delegue el Director(a).
7. Mi hijo(a) \_\_\_\_\_ **puede/no puede** llevar la medicina a la casa al acabar el año escolar.

Encierre en un círculo una de estas 2 cosas

Nombre de padres / custodio legal, en letra de molde \_\_\_\_\_ Teléfono de día \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Firma de padres/custodio legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_

Revisado por RN \_\_\_\_\_ SHA \_\_\_\_\_ puede/ \_\_\_\_\_ NO puede administrar esta medicina  
Date

Nombre de RN en LETRA DE MOLDE: \_\_\_\_\_ Firma de RN: \_\_\_\_\_