

# Ficha de Datos Alumno/a con Epilepsia

---

## INFORMACION DE CONTACTO

Nombre del alumno/a: ..... Curso: .....

Fecha de nacimiento: ..... RUT: .....

Nombre del apoderado/a o cuidador/a:

.....  
Teléfono de contacto:

.....  
Correo contacto:

.....  
Nombre otro contacto de emergencia:

.....  
Teléfono de contacto:

.....  
Correo contacto:

.....  
Nombre neurólogo tratante:

.....  
Teléfono de contacto:

.....  
Correo contacto:

.....  
Lugar de atención médica:

---

## INFORMACION SOBRE LA EPILEPSIA

A qué edad fue diagnosticado el alumno/a: ..... Fecha de su última crisis: .....

Tipo de crisis que presenta actualmente:

Tipo	Duración promedio	Frecuencia	Descripción breve

¿Presenta alguna señal de advertencia o cambio en su comportamiento/ánimo antes de la crisis?

No  Si ¿cuál? .....

¿Cómo es su recuperación luego de una crisis?

¿Ha sido hospitalizado el alumno/a debido a sus crisis?

No  Si (explique el motivo) .....

¿Ha sido sometido a alguna cirugía debido a su Epilepsia?

No  Si (explique el motivo) .....

¿Presenta algún dispositivo para ayudar a controlar las crisis (estimulador del nervio vago, por ejemplo)

No  Si (explique el motivo) .....

---

## MEDICAMENTOS

¿Qué medicamentos tiene prescrito el alumno/a actualmente?

Nombre	Dosis	Horario de toma	Observaciones

¿Tiene prescrito algún medicamento de rescate o para SOS?

SI  NO Nombre: .....

Dosis:..... Instrucciones de administración: .....

## CONSIDERACIONES PARTICULARES

Marque y explique si existen precauciones o consideraciones especiales - indicadas por su médico tratante- en los siguientes aspectos:

Salud en general:

Recreo y juegos:

Aprendizaje:

Alimentación:

Conducta:

Viajes escolares, paseos y campamentos:

Deportes y actividad física:

Uso de pantallas:

Otra:

.....  
.....

**¿Presenta el alumno/a alguna discapacidad?**

Discapacidad física o motora

Discapacidad sensorial (visual o auditiva)

Discapacidad intelectual

Discapacidad psíquica (suele ser provocada por un trastorno mental)

No presenta

**Otros diagnósticos /enfermedades/comorbilidades que presente:**

No  Si ¿cuál? .....

-----

**Información proporcionada por:** .....

**Relación con el alumno/a:** .....

**Fecha:** .....