

Ficha técnica del alumno o alumna con EPILEPSIA

Foto del alumno/a

Curso y grupo

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Personas de contacto y teléfonos:

Profesional sanitario y teléfono de contacto:

--	--

¿Qué tipo de epilepsia padece?

¿Qué tipo de crisis manifiesta?

¿Cuánto tiempo duran las crisis?

¿Cuáles son los estímulos más habituales que actúan como desencadenantes de la crisis?

¿Hay alguna actividad que consideren que se debe limitar?

¿Tiene otros problemas de salud?

Durante la crisis, ¿tiene prescrita medicación de urgencia por vía rectal?

Medicación y dosis

Lugar del centro donde se guarda la medicación del alumno o la alumna

AUTORIZACIÓN DE LA FAMILIA PARA EL SUMINISTRO DE MEDICACIÓN AL ALUMNO/A

D./Dña.: _____
con DNI _____, en calidad de padre, madre o tutor legal del
alumno o alumna _____,
matriculado/a en el centro _____
autorizo al personal del centro para que, en caso de necesidad, ayude a mi hijo o hija para
que reciba tratamiento con su medicación de urgencia ante crisis epiléptica. Asimismo, me
comprometo a informar al centro de cualquier modificación en los tratamientos. Ruego
contacte conmigo o con cualquiera de las personas de contacto que aparecen en esta ficha
en caso de que mi hijo o hija tenga una crisis o deba recibir tratamiento de urgencia en el
centro.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente en

_____ a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____