



HOJA DE REGISTRO DE CONVULSIONES (detallada)

Nombre:	FDN: (Fecha de Nac.)
Mes/Año:	
Medicamento(s) anticonvulsivos/Dosis/Horario(s):	
Neurólogo/Médico de cabecera:	
Información de contacto:	

Plan para lidiar con las convulsiones
<input type="checkbox"/> Si ocurren dos o más convulsiones sin recuperar la conciencia (seguir instrucciones o responder a preguntas), entonces:
<input type="checkbox"/> Si una convulsión dura más de ____ minutos, entonces:
A quién llamar:

FECHA/HORA	DURACIÓN	DESCRIPCIÓN—INDICAR TODO LO OBSERVADO				MEDICAMENTO(S) ADMINISTRADO(S)	SIGNOS VITALES	INICIALES
	_____ <input type="checkbox"/> Segundos <input type="checkbox"/> Minutos	<input type="checkbox"/> Aura <input type="checkbox"/> Mirada en blanco <input type="checkbox"/> Caída <input type="checkbox"/> Labios/nariz azul	<input type="checkbox"/> Movimiento rápido de ojos <input type="checkbox"/> Durmió luego de convulsión <input type="checkbox"/> Vomitó luego de convulsión <input type="checkbox"/> Se orinó	Retorcimientos: <input type="checkbox"/> Párpado: Der/Izq <input type="checkbox"/> Cara: Der/Izq <input type="checkbox"/> Otro: ver notas	Espasmos: <input type="checkbox"/> Brazo: Der/Izq <input type="checkbox"/> Pierna: Der/Izq			
Notas/Evento(s) que lo causaron:						A quién se le informó:		
	_____ <input type="checkbox"/> Segundos <input type="checkbox"/> Minutos	<input type="checkbox"/> Aura <input type="checkbox"/> Mirada en blanco <input type="checkbox"/> Caída <input type="checkbox"/> Labios/nariz azul	<input type="checkbox"/> Movimiento rápido de ojos <input type="checkbox"/> Durmió luego de convulsión <input type="checkbox"/> Vomitó luego de convulsión <input type="checkbox"/> Se orinó	Retorcimientos: <input type="checkbox"/> Párpado: Der/Izq <input type="checkbox"/> Cara: Der/Izq <input type="checkbox"/> Otro: ver notas	Espasmos: <input type="checkbox"/> Brazo: Der/Izq <input type="checkbox"/> Pierna: Der/Izq			
Notas/Evento(s) que lo causaron:						A quién se le informó:		

FECHA/ HORA	DURACIÓN	DESCRIPCIÓN—INDICAR TODO LO OBSERVADO				MEDICAMENTO(S) ADMINISTRADO(S)	SIGNOS VITALES	INICIALES
	_____ <input type="checkbox"/> Segundos <input type="checkbox"/> Minutos	<input type="checkbox"/> Aura <input type="checkbox"/> Mirada en blanco <input type="checkbox"/> Caída <input type="checkbox"/> Labios/nariz azul	<input type="checkbox"/> Movimiento rápido de ojos <input type="checkbox"/> Durmió luego de convulsión <input type="checkbox"/> Vomitó luego de convulsión <input type="checkbox"/> Se orinó	Retorcimientos: <input type="checkbox"/> Párpado: Der/Izq <input type="checkbox"/> Cara: Der/Izq <input type="checkbox"/> Otro: ver notas	Espasmos: <input type="checkbox"/> Brazo: Der/Izq <input type="checkbox"/> Pierna: Der/Izq			
Notas/Evento(s) que lo causaron:						A quién se le informó:		
	_____ <input type="checkbox"/> Segundos <input type="checkbox"/> Minutos	<input type="checkbox"/> Aura <input type="checkbox"/> Mirada en blanco <input type="checkbox"/> Caída <input type="checkbox"/> Labios/nariz azul	<input type="checkbox"/> Movimiento rápido de ojos <input type="checkbox"/> Durmió luego de convulsión <input type="checkbox"/> Vomitó luego de convulsión <input type="checkbox"/> Se orinó	Retorcimientos: <input type="checkbox"/> Párpado: Der/Izq <input type="checkbox"/> Cara: Der/Izq <input type="checkbox"/> Otro: ver notas	Espasmos: <input type="checkbox"/> Brazo: Der/Izq <input type="checkbox"/> Pierna: Der/Izq			
Notas/Evento(s) que lo causaron:						A quién se le informó:		
	_____ <input type="checkbox"/> Segundos <input type="checkbox"/> Minutos	<input type="checkbox"/> Aura <input type="checkbox"/> Mirada en blanco <input type="checkbox"/> Caída <input type="checkbox"/> Labios/nariz azul	<input type="checkbox"/> Movimiento rápido de ojos <input type="checkbox"/> Durmió luego de convulsión <input type="checkbox"/> Vomitó luego de convulsión <input type="checkbox"/> Se orinó	Retorcimientos: <input type="checkbox"/> Párpado: Der/Izq <input type="checkbox"/> Cara: Der/Izq <input type="checkbox"/> Otro: ver notas	Espasmos: <input type="checkbox"/> Brazo: Der/Izq <input type="checkbox"/> Pierna: Der/Izq			
Notas/Evento(s) que lo causaron:						A quién se le informó:		

Seizure Tracking-Detailed