



Hoja de Registro de Convulsiones

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:

Instrucciones

Para los pacientes que tienen más de un tipo de convulsiones, de una descripción como se indica abajo. Por ejemplo, para el Tipo de Convulsión A, una convulsión tónico-clónica puede ser descrita como: "paciente cae al suelo, tiene rigidez y espasmos en las cuatro extremidades y está inconsciente durante todo el evento". Entonces, la letra que corresponde al "Tipo de Convulsión" puede usarse para indicarla en la tabla de seguimiento a continuación. Describir cualquier síntomas y/o condiciones inusuales en la sección "Notas/Evento(s) que lo causaron"

Tipo de Convulsión	Descripción
A	
B	
C	

Fecha/Hora	Duración	Tipo de Convulsión (Ver arriba)	Medicamento(s) Administrado(s)	Signos Vitales	Iniciales
	____ mins. ____ segs.				

Notas/Evento(s) que lo causaron:	A quién se le informó:
-----------------------------------------	-------------------------------

Fecha/ Hora	Duración	Tipo de Convulsión (Ver arriba)	Medicamento(s) Administrado(s)	Signos Vitales	Iniciales
	_____ mins. _____ segs.				
Notas/Evento(s) que lo causaron:			A quién se le informó:		
Fecha/ Hora	Duración	Tipo de Convulsión (Ver arriba)	Medicamento(s) Administrado(s)	Signos Vitales	Iniciales
	_____ mins. _____ segs.				
Notas/Evento(s) que lo causaron:			A quién se le informó:		
Fecha/ Hora	Duración	Tipo de Convulsión (Ver arriba)	Medicamento(s) Administrado(s)	Signos Vitales	Iniciales
	_____ mins. _____ segs.				
Notas/Evento(s) que lo causaron:			A quién se le informó:		

Seizure Tracking (Established)

