



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
☐ Si ocurren dos o más convulsiones sin recuperar la conciencia (seguir instrucciones o responder a preguntas), entonces:
☐ 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
	_____ ☐ Segundos ☐ Minutos	☐ Aura ☐ Mirada en blanco ☐ Caída ☐ Labios/nariz azul	☐ Movimiento rápido de ojos ☐ Durmió luego de convulsión ☐ Vomitó luego de convulsión ☐ Se orinó	Retorcimientos: ☐ Párpado: Der/Izq ☐ Cara: Der/Izq ☐ Otro: ver notas	Espasmos: ☐ Brazo: Der/Izq ☐ Pierna: Der/Izq			
Notas/Evento(s) que lo causaron:						A quién se le informó:		
	_____ ☐ Segundos ☐ Minutos	☐ Aura ☐ Mirada en blanco ☐ Caída ☐ Labios/nariz azul	☐ Movimiento rápido de ojos ☐ Durmió luego de convulsión ☐ Vomitó luego de convulsión ☐ Se orinó	Retorcimientos: ☐ Párpado: Der/Izq ☐ Cara: Der/Izq ☐ Otro: ver notas	Espasmos: ☐ Brazo: Der/Izq ☐ 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
	_____ ☐ Segundos ☐ Minutos	☐ Aura ☐ Mirada en blanco ☐ Caída ☐ Labios/nariz azul	☐ Movimiento rápido de ojos ☐ Durmió luego de convulsión ☐ Vomitó luego de convulsión ☐ Se orinó	Retorcimientos: ☐ Párpado: Der/Izq ☐ Cara: Der/Izq ☐ Otro: ver notas	Espasmos: ☐ Brazo: Der/Izq ☐ Pierna: Der/Izq			
Notas/Evento(s) que lo causaron:						A quién se le informó:		
	_____ ☐ Segundos ☐ Minutos	☐ Aura ☐ Mirada en blanco ☐ Caída ☐ Labios/nariz azul	☐ Movimiento rápido de ojos ☐ Durmió luego de convulsión ☐ Vomitó luego de convulsión ☐ Se orinó	Retorcimientos: ☐ Párpado: Der/Izq ☐ Cara: Der/Izq ☐ Otro: ver notas	Espasmos: ☐ Brazo: Der/Izq ☐ Pierna: Der/Izq			
Notas/Evento(s) que lo causaron:						A quién se le informó:		
	_____ ☐ Segundos ☐ Minutos	☐ Aura ☐ Mirada en blanco ☐ Caída ☐ Labios/nariz azul	☐ Movimiento rápido de ojos ☐ Durmió luego de convulsión ☐ Vomitó luego de convulsión ☐ Se orinó	Retorcimientos: ☐ Párpado: Der/Izq ☐ Cara: Der/Izq ☐ Otro: ver notas	Espasmos: ☐ Brazo: Der/Izq ☐ Pierna: Der/Izq			
Notas/Evento(s) que lo causaron:						A quién se le informó:		

Seizure Tracking-Detailed