



# Hoja de Registro de Convulsiones

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

<b>Plan para lidiar con las convulsiones</b>
<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:
<b>A quién llamar:</b>

## 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. _____secs.				
Notas/Evento(s) que lo causaron:			A quién se le informó:		
	_____mins. _____secs.				
Notas/Evento(s) que lo causaron:			A quién se le informó:		
	_____mins. _____secs.				
Notas/Evento(s) que lo causaron:			A quién se le informó:		

Seizure Tracking (Established)