Escuelas de la Ciudad de Westerville

936 Eastwind Dr., Westerville, OH 43081
Oficina principal (614) 797-5700 Fax (614) 797-5701

Visión

Nuestra visión es ser el punto de referencia de la excelencia educativa.

Misión

Nuestra misión es preparar estudiantes que contribuyan al mundo competitivo y cambiante en el que vivimos.

Valores

Respeto
Inclusión
Comunidad
Comunicación
Colaboración
Innovación
Educación
Confianza
Responsabilidad

Estimado padre, madre o tutor:

El expediente médico que obra en nuestro poder indica que su hijo/a tiene antecedentes de padecer convulsiones. Por favor, llene y devuelva a la escuela los formularios adjuntos para garantizar que su hijo/a reciba la atención adecuada mientras esté en la escuela. Los prestadores de servicios médicos pueden utilizar sus propios formularios firmados siempre que se incluya toda la información necesaria sobre el plan de acción y las recetas.

1. **"Cuestionario para los padres de un estudiante que padece convulsiones":** debe llenarlo y firmarlo el padre, la madre o el tutor (2 caras/páginas).

2. **"Plan de acción en caso de convulsiones":** Puede sustituirse por el Plan de acción en caso de convulsiones del proveedor. Deben llenarlo y firmarlo tanto el prestador de servicios médicos como el padre, la madre o el tutor (2 caras/páginas). Si su hijo/a necesita disponer de medicamentos mientras está en la escuela, pida a su prestador de servicios médicos que escriba la orden para la medicación en este formulario. El prestador de servicios médicos DEBE firmar el formulario. Los medicamentos se guardarán en la enfermería de la escuela.

3. **"Autorización para la posesión y el uso de medicamentos anticonvulsivos"** – Debe ser completado y firmado tanto por el padre/madre/tutor como por el proveedor médico si su hijo debe conservar el medicamento anticonvulsivo en su poder y/o autoadministrárselo.

4. **"NO se necesita disponer de medicamentos contra las convulsiones en la escuela":** llénelo y fírmelo si su hijo/a tiene un diagnóstico de convulsiones, pero no necesita disponer de medicamentos en la escuela.

Llame o envíe un correo electrónico a la enfermera escolar de su hijo si tiene alguna pregunta o duda.

Gracias,

Enfermeras escolares de WCSD

Plan de acción para las crisis

Este/a estudiante está recibiendo tratamiento para un desorden convulsivo. La siguiente información le ayudará en caso que se presente una crisis durante el horario escolar.

Nombre del/de la estudiante: Fecha de nacimiento:

Padre/Madre /Guardián legal: Teléfono: Celular:

Otro contacto de emergencia: Teléfono: Celular:

Médico tratante: Teléfono:

Historia médica significativa:

Información de la crisis

Tipo de crisis	Duración	Frecuencia	Descripción

Lo que desencadena las crisis o señales de advertencia:

Reacción del estudiante después de una crisis:

Primeros auxilios básicos y manera de confortar al estudiante

Por favor describa los procedimientos a seguir para administrar primeros auxilios básicos:

¿Necesita el estudiante salir del salón después de una crisis? En caso de ser necesario, describa el proceso para regresar al estudiante al salón de clase: ❒ Sí ❒ Sí

Primeros auxilios básicos para una crisis

- Mantenga la calma y tome nota de la hora en que se inicia la convulsión
- Mantenga al niño o niña seguro y a salvo
- No lo/la sujete
- No le ponga nada en la boca
- Quédese con el niño o niña hasta que esté completamente consciente
- Registre la convulsión en el registro de crisis.

Para las convulsiones tónico-clónicas:

- Proteja la cabeza
- Mantenga abiertas las vías respiratorias/observe la respiración
- Coloque al niño o niña de costado

Respuesta ante Emergencias

Una "emergencia de crisis convulsiva" para este/a estudiante se define como:

Protocolo de emergencia de crisis convulsiva
(Marque todo lo que aplique y aclare debajo)

❒ Contacte la enfermera escolar al _____
❒ Llame al 911 para su transporte a _____
❒ Notifique a los padres o al contacto de emergencia
❒ Administre los medicamentos de emergencia según se indica abajo
❒ Notifique al médico
❒ Otro_____

Una convulsión generalmente se considera una emergencia cuando:

- Las convulsiones (tónico-clónicas) duran más de 5 minutos
- El/la estudiante tiene convulsiones que se repiten antes de que la persona recupere la consciencia completamente
- El estudiante está herido o tiene diabetes
- El estudiante presenta una convulsión por primera vez
- El estudiante tiene dificultades para respirar
- El estudiante tiene una convulsión mientras esta en el agua

Protocolo de tratamiento durante el horario escolar (incluya medicamentos diarios y medicamentos de emergencia)

Medicamentos de emergencia	Medicamentos	Dosis y hora del día en que fue administrado	Efectos secundarios comunes e instrucciones especiales

¿Tiene el estudiante un estimulador del nervio vago? ❒ Sí ❒ No Si sí, describa el uso de imán:

Consideraciones y precauciones especiales (con respecto a las actividades escolares, deportes, viajes, etc.)

Describa cualquier consideración o precaución especial:

Firma del médico: _____ Fecha:_____

Firma del Padre/Madre/Guardián legal: _____ Fecha:_____

EPILEPSY FOUNDATION

Copyright 2013 Epilepsy Foundation of America, Inc. ®

EPILEPSY FOUNDATION

www.epilepsyfoundation.org/epilepsia

CUESTIONARIO PARA PADRES DE UN ESTUDIANTE CON CRISIS

Por favor complete todas las preguntas. Esta información es esencial para que la enfermera y el personal escolar puedan determinar las necesidades especiales de su estudiante y proveerle un ambiente de aprendizaje positivo y de apoyo. Si usted tiene alguna pregunta sobre cómo completar esta forma, por favor póngase en contacto con la enfermera escolar de su niño/a.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Nombre del Estudiante:_____Año escolar:_____Fecha de nacimiento:_____
Escuela:_____Grado:_____ Salón:_____
Nombre del padre/Guardián:_____Tel. (Casa):_____(Trabajo):_____(Celular):_____
Otro contacto de emergencia:_____Tel. (Casa):_____(Trabajo):_____(Celular):_____
El neurólogo del/de la niño/a:_____Tel.:_____Dirección:_____
El médico de cuidados primarios del niño o niña.:_____Tel.:_____Dirección:_____
Eventos significativos dentro de su historia médica o condiciones de salud: _____

INFORMACIÓN SOBRE LAS CRISIS:

1. ¿Cuándo fue diagnosticado su niño/a con crisis epilépticas o epilepsia?_____
2. Tipo(s) de crisis:

Tipo de crisis:	*Duración*	*Frecuencia*	*Descripción*

3. ¿Que podría provoca una crisis en su niño/a?_____
4. ¿Se presenta alguna señal de advertencia y/o cambios en la conducta de su niño/a antes de que el ocurra una crisis? SI NO
   Si respondió SÍ, por favor explique:_____
   _____
5. ¿Cuándo fue la última crisis de su niño/a?_____
6. ¿Ha habido algún cambio reciente en el patrón de comportamiento de las crisis de su niño/a? SI NO
   Si respondió SI, por favor explique:_____
   _____
7. ¿Cómo reacciona su niño/a después de que termina una crisis?_____
   _____
8. ¿Cómo afectan las otras enfermedades el control de las crisis de su niño/a?
   _____

Primeros auxilios básicos para crisis:
- ✓ Mantenga la calma y note el tiempo que dura la crisis
- ✓ Mantenga al niño o niña a salvo
- ✓ No le inmovilice
- ✓ No le ponga nada en la boca
- ✓ Permanezca con el/ niño o niña hasta que esté totalmente consciente
- ✓ Documente las crisis

Para crisis tónico-clónicas (Gran mal):
- ✓ Proteja su cabeza
- ✓ Mantenga las vías respiratorias abiertas /observe la respiración
- ✓ Coloque al niño o niña de lado

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS: Cuidados y medidas para confortar al niño o niña

9. ¿Qué procedimientos de primeros auxilios básicos deben tomarse cuando su niño/a tiene una crisis en la escuela?_____

_____

10. Después de una crisis ¿Necesita su niño/a salir del salón de clase? SI NO

Si respondió SI, ¿Qué proceso recomienda usted para regresar al niño o niña a su salón de clase?: _____

Generalmente una crisis se considera como una emergencia cuando:

- ✓ Un convulsión (tónico-clónica) dura más de 5 minutos
- ✓ El estudiante ha tenido crisis continuas sin recobrar la consciencia
- ✓ El estudiante tiene la crisis por primera vez
- ✓ El estudiante está herido o es diabético
- ✓ El estudiante tiene dificultades para respirar
- ✓ El estudiante tiene una crisis en el agua

EMERGENCIA EN CASO DE UNA CRISIS

11. Por favor describa qué es lo que constituye una emergencia para su niño/a (La respuesta puede requerir que consulte con el médico que trata al niño o niña y con la enfermera escolar.)_____

_____

12. ¿Ha sido hospitalizado el niño o niña alguna vez debido a crisis continuas?

SI NO

Si respondió SI, por favor explique: _____

INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS PARA LAS CRISIS Y TRATAMIENTO

13. ¿Qué medicinas toma su niño/a?

Medicina	Fecha de inicio	Dosis	Frecuencia y hora en que se toma	Posibles efectos secundarios

14. ¿Qué medicinas de emergencia/o de rescate le han prescrito a su niño/a?

Medicina	Dosis	Instrucciones de administración (Horario* y método **)	Que hacer después de que la medicina es administrada:

* *Después de la 2da. o 3er crisis, para crisis continuas, etc. **Por vía oral, bajo la lengua, o por vía rectal.*

15. ¿Qué medicinas necesita tomar su niño/a durante las horas escolares?_____

16. ¿Deben administrarse algunas de estas medicinas de una manera especial? SI NO

Si respondió SI, por favor explique:_____

17. ¿Se debe estar pendiente de alguna reacción en particular? SI NO

Si respondió SI, por favor explique:_____

18. ¿Qué debe hacerse cuando su niño/a no toma alguna dosis del medicamente?_____

19. ¿Debe tener la escuela una dosis de medicina en reserva en caso de que el/la niño/a no tome una dosis? SI NO

20. ¿Desea usted que se le llame antes de que se le dé al niño o niña la medicina de reserva en caso de que no haya tomado una dosis? _____

21. ¿Tiene su niño/a un Estimulador del nervio vago? SI NO

Si respondió SI, por favor describa las instrucciones para el uso apropiado del imán:_____

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS: Cuidados y medidas para confortar al niño o niña

9. ¿Qué procedimientos de primeros auxilios básicos deben tomarse cuando su niño/a tiene una crisis en la escuela?_____

_____

10. Después de una crisis ¿Necesita su niño/a salir del salón de clase? SI NO

Si respondió SI, ¿Qué proceso recomienda usted para regresar al niño o niña a su salón de clase?: _____

Generalmente una crisis se considera como una emergencia cuando:

- ✓ Un convulsión (tónico-clónica) dura más de 5 minutos
- ✓ El estudiante ha tenido crisis continuas sin recobrar la consciencia
- ✓ El estudiante tiene la crisis por primera vez
- ✓ El estudiante está herido o es diabético
- ✓ El estudiante tiene dificultades para respirar
- ✓ El estudiante tiene una crisis en el agua

EMERGENCIA EN CASO DE UNA CRISIS

11. Por favor describa qué es lo que constituye una emergencia para su niño/a (La respuesta puede requerir que consulte con el médico que trata al niño o niña y con la enfermera escolar.)_____

_____

12. ¿Ha sido hospitalizado el niño o niña alguna vez debido a crisis continuas?

SI NO

Si respondió SI, por favor explique: _____

INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS PARA LAS CRISIS Y TRATAMIENTO

13. ¿Qué medicinas toma su niño/a?

Medicina	Fecha de inicio	Dosis	Frecuencia y hora en que se toma	Posibles efectos secundarios

14. ¿Qué medicinas de emergencia/o de rescate le han prescrito a su niño/a?

Medicina	Dosis	Instrucciones de administración (Horario* y método **)	Que hacer después de que la medicina es administrada:

* *Después de la 2da. o 3er crisis, para crisis continuas, etc. **Por vía oral, bajo la lengua, o por vía rectal.*

15. ¿Qué medicinas necesita tomar su niño/a durante las horas escolares?_____

16. ¿Deben administrarse algunas de estas medicinas de una manera especial? SI NO

Si respondió SI, por favor explique:_____

17. ¿Se debe estar pendiente de alguna reacción en particular? SI NO

Si respondió SI, por favor explique:_____

18. ¿Qué debe hacerse cuando su niño/a no toma alguna dosis del medicamente?_____

19. ¿Debe tener la escuela una dosis de medicina en reserva en caso de que el/la niño/a no tome una dosis? SI NO

20. ¿Desea usted que se le llame antes de que se le dé al niño o niña la medicina de reserva en caso de que no haya tomado una dosis? _____

21. ¿Tiene su niño/a un Estimulador del nervio vago? SI NO

Si respondió SI, por favor describa las instrucciones para el uso apropiado del imán:_____

CONSIDERACIONES Y PRECAUCIONES ESPECIALES

22. Marque todo lo que aplica y describa cualquier consideración o precauciones que deben tomarse:

- ❑ Salud general_____
- ❑ Funcionamiento físico_____
- ❑ Aprendizaje:_____
- ❑ Comportamiento:_____
- ❑ Estado de ánimo/adaptación:_____
- ❑ Otro:_____
- ❑ Educación fisca /deportes:_____
- ❑ Recreo:_____
- ❑ Viajes escolares:_____
- ❑ Transporte por autobús:_____

SOBRE LA COMUNICACIÓN

23. ¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted sobre las crisis de su niño/a?_____

_____

24. ¿Nos permite compartir esta información con el maestro o maestra del salón de clase y otro personal apropiado de la escuela? SI NO

Firma de Padre/Guardián:_____ Fecha: _____ Fecha en que fue actualizado: _____

©2013 Epilepsy Foundation of America, Inc. Todos los derechos reservados. Revisado/2013

Westerville City Schools
Health Services

SEIZURE Medication NOT required at school.

Please sign and return this form to the school nurse

Student:_____

Dear Parent/Guardian,

Our records indicate that your child has a diagnosis of seizures. If no medications are required at school, please sign this form and return it to the school nurse. If medications or other interventions are required, please work with your doctor to fill out the enclosed Seizure Action Plan. Return it to school with any required medication.

Thank You,

WCSD School Nurse

My child, _____ does not require any medication at school for his/her seizures. I will inform the school nurse immediately if this plan changes.

_____Date:_____

Parent/Guardian Signature

ESCUELAS DE LA CIUDAD DE WESTERVILLE

AUTORIZACIÓN PARA LA POSESIÓN Y EL USO DE MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVOS

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Por la presente se autoriza al estudiante nombrado anteriormente a:

[ ] recibir los medicamentos anticonvulsivos indicados por el personal escolar designado.

[ ] mantener en su posesión los medicamentos anticonvulsivos.

[ ] autoadministrarse los medicamentos anticonvulsivos según lo permita la ley.

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____

Fecha en que se iniciará la administración: _____

Fecha en que cesará la administración: _____

Circunstancias en las que se debe administrar el medicamento: _____

_____

Cómo debe administrarse el medicamento: _____

_____

Reacciones adversas que deben notificarse al facultativo que lo recetó: _____

_____

Reacciones adversas para un usuario no autorizado: _____

_____

Procedimiento a seguir en caso de que la medicación no produzca el alivio esperado de la convulsión del estudiante:

_____

_____

Otras instrucciones especiales: _____

_____

Se requieren los nombres del facultativo que recetó el medicamento y del padre/madre/tutor, la firma y los números de teléfono de emergencia.

Nombre del facultativo que recetó el medicamento: _____Teléfono _____

(donde se puede contactar al facultativo en caso de emergencia): _____

Firma: _____Fecha: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____Teléfono: (Casa) _____

(Trabajo) _____

(Otro) _____

Firma: _____Fecha: _____

Se deben proporcionar copias al director y a la enfermera escolar si hay una asignada al centro del estudiante.

5/11
24/FEB/25

© Neola 2025

Westerville City Schools

936 Eastwind Dr., Westerville, OH 43081
Main Office (614) 797-5700 Fax (614) 797-5701

Vision

Our vision is to be the benchmark of educational excellence.

Mission

Our mission is to prepare students to contribute to the competitive and changing world in which we live.

Values

Respect
Inclusiveness
Community
Communication
Collaboration
Innovation
Nurturing
Trust
Accountability

Dear Parent/Guardian,

According to our health records your student has a history of seizures. Please complete and return to school the enclosed forms to ensure your student receives the appropriate care while in school. Medical providers may utilize their own signed forms as long as all necessary action plan and prescribing information is included.

1. **"Questionnaire for Parent of a Student with Seizures"** - Parent/Guardian to complete and sign (2-sided/pages).

2. **"Seizure Action Plan"** – May be substituted with provider Seizure Action Plan. To be completed and signed by both the parent/guardian and medical provider (2-sided/pages). If your student requires medications to be available to them while at school, please have their health care provider write the order for the medication on this form. The form MUST be signed by the medical provider. Medication will be kept in the school health clinic.

3. **"Authorization for the Possession and Use of Seizure Medications"** – To be completed and signed by both the parent/guardian and medical provider if your student is to keep the seizure medication in their possession and/or self-administer the seizure medication.

4. **"Seizure Medication NOT Required at School"** - Please complete and sign if your student has a diagnosis of seizures but no medication is required at school.

Please call or email your student's school nurse with any questions/concerns.

Thank you,

WCSD School Nurses

SEIZURE ACTION PLAN (SAP)

EPILEPSY FOUNDATION | END EPILEPSY

Name: _____ Birth Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Parent/Guardian: _____ Phone: _____

Emergency Contact/Relationship _____ Phone: _____

Seizure Information

Protocol for seizure during school (check all that apply) ☑

- ☐ First aid – **Stay. Safe. Side.**
- ☐ Give rescue therapy according to SAP
- ☐ Notify parent/emergency contact
- ☐ Contact school nurse at _____
- ☐ Call 911 for transport to _____
- ☐ Other _____

First aid for any seizure

- **STAY** calm, keep calm, **begin timing seizure**
- Keep me **SAFE** – remove harmful objects, don't restrain, protect head
- **SIDE** – turn on side if not awake, keep airway clear, don't put objects in mouth
- **STAY** until recovered from seizure
- Swipe magnet for VNS
- Write down what happens _____
- Other _____

When to call 911

- Seizure with loss of consciousness longer than 5 minutes, not responding to rescue med if available
- Repeated seizures longer than 10 minutes, no recovery between them, not responding to rescue med if available
- Difficulty breathing after seizure
- Serious injury occurs or suspected, seizure in water

When to call your provider first

- Change in seizure type, number or pattern
- Person does not return to usual behavior (i.e., confused for a long period)
- First time seizure that stops on its' own
- Other medical problems or pregnancy need to be checked

When **rescue therapy** may be needed:

WHEN AND WHAT TO DO

If seizure (cluster, # or length) _____

Name of Med/Rx _____ How much to give (dose) _____

How to give _____

If seizure (cluster, # or length) _____

Name of Med/Rx _____ How much to give (dose) _____

How to give _____

If seizure (cluster, # or length) _____

Name of Med/Rx _____ How much to give (dose) _____

How to give _____

Care after seizure

What type of help is needed? (describe) _____

When is student able to resume usual activity? _____

Special instructions

First Responders: _____

_____

Emergency Department: _____

_____

Daily seizure medicine

Medicine Name	Total Daily Amount	Amount of Tab/Liquid	How Taken (time of each dose and how much)

Other information

Triggers: _____

Important Medical History _____

Allergies _____

Epilepsy Surgery (type, date, side effects) _____

Device: ☐ VNS ☐ RNS ☐ DBS Date Implanted _____

Diet Therapy ☐ Ketogenic ☐ Low Glycemic ☐ Modified Atkins ☐ Other (describe) _____

Special Instructions: _____

_____

Health care contacts

Epilepsy Provider: _____ Phone: _____

Primary Care: _____ Phone: _____

Preferred Hospital: _____ Phone: _____

Pharmacy: _____ Phone: _____

My signature _____ Date _____

Provider signature _____ Date _____

Epilepsy.com

©2020 Epilepsy Foundation of America, Inc.
Revised 01/2020 130SRP/PAB1216

EPILEPSY FOUNDATION | END EPILEPSY

EPILEPSY FOUNDATION

Questionnaire for Parent of a Student with Seizures

Please complete all questions. This information is essential for the school nurse and school staff in determining your child's special needs and providing a positive and supportive learning environment. If you have any questions about how to complete this form, please contact your child's school nurse.

Contact Information

Student's Name	School Year	Date of Birth	
School	Grade	Classroom	
Parent/Guardian	Phone	Work	Cell
Parent/Guardian Email			
Other Emergency Contact	Phone	Work	Cell
Child's Neurologist	Phone	Location	
Child's Primary Care Doctor	Phone	Location	
Significant Medical History or Conditions			

Seizure Information

1. When was your child diagnosed with seizures or epilepsy? _____
2. Seizure type(s)

Seizure Type		Length	Frequency	Description

3. What might trigger a seizure in your child? _____
4. Are there any warnings and/or behavior changes before the seizure occurs? ☐ YES ☐ NO
   If YES, please explain:
5. When was your child's last seizure? _____
6. Has there been any recent change in your child's seizure patterns? ☐ YES ☐ NO
   If YES, please explain: _____
7. How does your child react after a seizure is over? _____
8. How do other illnesses affect your child's seizure control? _____

Basic First Aid: Care & Comfort

9. What basic first aid procedures should be taken when your child has a seizure in school?

10. Will your child need to leave the classroom after a seizure? ☐ YES ☐ NO
    If YES, what process would you recommend for returning your child to classroom:

Basic Seizure First Aid

- Stay calm & track time
- Keep child safe
- Do not restrain
- Do not put anything in mouth
- Stay with child until fully conscious
- Record seizure in log

For tonic-clonic seizure:

- Protect head
- Keep airway open/watch breathing
- Turn child on side

Seizure Emergencies

11. Please describe what constitutes an emergency for your child? (Answer may require consultation with treating physician and school nurse.)

12. Has child ever been hospitalized for continuous seizures? ☐ YES ☐ NO

If YES, please explain:

A seizure is generally considered an emergency when:

- Convulsive (tonic-clonic) seizure lasts longer than 5 minutes
- Student has repeated seizures without regaining consciousness
- Student is injured or has diabetes
- Student has a first-time seizure
- Student has breathing difficulties
- Student has a seizure in water

Seizure Medication and Treatment Information

13. What medication(s) does your child take?

Medication	Date Started	Dosage	Frequency and Time of Day Taken	Possible Side Effects

14. What emergency/rescue medications are prescribed for your child?

Medication	Dosage	Administration Instructions (timing* & method**)	What to Do After Administration

** After 2nd or 3rd seizure, for cluster of seizure, etc.* *** Orally, under tongue, rectally, etc.*

15. What medication(s) will your child need to take during school hours? _____

16. Should any of these medications be administered in a special way? ☐ YES ☐ NO

If YES, please explain: _____

17. Should any particular reaction be watched for? ☐ YES ☐ NO

If YES, please explain: _____

18. What should be done when your child misses a dose? _____

19. Should the school have backup medication available to give your child for missed dose? ☐ YES ☐ NO

20. Do you wish to be called before backup medication is given for a missed dose? ☐ YES ☐ NO

21. Does your child have a Vagus Nerve Stimulator? ☐ YES ☐ NO

If YES, please describe instructions for appropriate magnet use:

Special Considerations & Precautions

22. Check all that apply and describe any consideration or precautions that should be taken:

☐ General health _____ ☐ Physical education (gym/sports) _____
☐ Physical functioning _____ ☐ Recess _____
☐ Learning _____ ☐ Field trips _____
☐ Behavior _____ ☐ Bus transportation _____
☐ Mood/coping _____ ☐ Other _____

General Communication Issues

23. What is the best way for us to communicate with you about your child's seizure(s)? _____

24. Can this information be shared with classroom teacher(s) and other appropriate school personnel? ☐ YES ☐ NO

Dates _____

Updated _____

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____ _____

DPC77E

Westerville City Schools
Health Services

SEIZURE Medication NOT required at school.

Please sign and return this form to the school nurse

Student:_____

Dear Parent/Guardian,

Our records indicate that your child has a diagnosis of seizures. If no medications are required at school, please sign this form and return it to the school nurse. If medications or other interventions are required, please work with your doctor to fill out the enclosed Seizure Action Plan. Return it to school with any required medication.

Thank You,

WCSD School Nurse

My child, _____does not require any medication at school for his/her seizures. I will inform the school nurse immediately if this plan changes.

_____Date:_____

Parent/Guardian Signature

WESTERVILLE CITY SCHOOLS

AUTHORIZATION FOR THE POSSESSION AND USE OF SEIZURE MEDICATION(S)

Student Name: _____ Date: _____

Address: _____

Authorization is hereby given for the student named above to:

[ ] receive the seizure medication indicated from the designated school personnel.

[ ] keep seizure medication in his/her possession.

[ ] self-administer the seizure medication as permitted by law.

Medication Name: _____

Dosage: _____

Date the administration is to begin: _____

Date the administration is to cease: _____

Circumstances under which the drug is to be administered: _____

_____

How the drug is to be administered: _____

_____

Adverse reactions that should be reported to the prescriber: _____

_____

Adverse reactions for an unauthorized user: _____

_____

Procedure to follow in the event that medication does not produce the expected relief from student's seizure:

_____

_____

Other special instructions: _____

_____

Prescriber and parent/guardian names, signature, and emergency phone numbers are required.

Prescriber name: _____ Phone _____

(where Prescriber may be reached in an emergency): _____

Signature: _____ Date: _____

Parent/guardian name: _____ Phone: (Home) _____

(Work) _____

(Other) _____

Signature: _____ Date: _____

Copies must be provided to Principal and to the School Nurse if one is assigned to the student's building.

5/11
2/24/25

© Neola 2025