


























PATIENT INFORMATION SHEET / HOJA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Directions: Please check (✓) what happens (or happened) during your child's seizure and bring this sheet to your child's neurology appointment.

Instrucciones: Por favor marque (✓) lo que sucede (o sucedió) durante la convulsión de su niño(a) y traiga esta hoja con usted a la cita de neurología del niño.

— DESCRIPTION OF SPELL OR SEIZURE / DESCRIPCIÓN DEL ATAQUE O CONVULSIÓN —

 <p>Body / Cuerpo</p>	<input type="checkbox"/> whole/ entero 	<input type="checkbox"/> right/ lado derecho 	<input type="checkbox"/> left lado izquierdo 	<input type="checkbox"/> can't tell no sabría decir ?	
 <p>Movement/ Movimiento</p>	<input type="checkbox"/> jerking/ espasmos 	<input type="checkbox"/> stiffness/ rigidez 	<input type="checkbox"/> jerking and stiffness/ espasmos y rigidez 	<input type="checkbox"/> can't tell no sabría decir ?	
 <p>Eyes Ojos</p>	<input type="checkbox"/> up/ ↑ en blanco 	<input type="checkbox"/> closed/ cerrados 	<input type="checkbox"/> right/ → a la derecha 	<input type="checkbox"/> left/ ← a la izquierda 	
 <p>Skin Color Color de piel</p>	<input type="checkbox"/> blue/ morada 	<input type="checkbox"/> no change/ sin cambio 	<input type="checkbox"/> can't tell/ no sabría decir ?		
 <p>Accident Accidente</p>	<input type="checkbox"/> pee – pee orina 	<input type="checkbox"/> poop popo 	<input type="checkbox"/> none ninguno	<input type="checkbox"/> can't tell/ no sabría decir ?	
 <p>Mouth Boca</p>	<input type="checkbox"/> dry seca 	<input type="checkbox"/> drool babea 	<input type="checkbox"/> foam le sale espuma 	<input type="checkbox"/> bite tongue se muerde la lengua 	<input type="checkbox"/> can't tell/ no sabría decir ?
 <p>How Often / Frecuencia</p>	<input type="checkbox"/> daily diariamente	<input type="checkbox"/> weekly semanalmente	<input type="checkbox"/> monthly mensualmente	<input type="checkbox"/> other : _____	

— AFTER SEIZURE OR SPELL / DESPUÉS DEL ATAQUE O CONVULSIÓN —

<input type="checkbox"/> asleep/ se duerme 	<input type="checkbox"/> drowsy/ soñoliento 	<input type="checkbox"/> alert/ alerta 	<input type="checkbox"/> confused/ confundido 	<input type="checkbox"/> paralyzed paralizado 
--	---	--	---	---

PATIENT INFORMATION SHEET / HOJA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Directions: Please check (✓) the medications that your child takes and write in the daily dosage.

Instrucciones: Por favor marque (✓) los medicamentos que su niño(a) toma y escriba la dosis diaria.

— MEDICATION / MEDICAMENTOS —

Drug name / Nombre del medicamento	How supplied / Forma del medicamento	Frequency / Frecuencia <small>for example: 3 times/day por ejemplo: 3 veces/día</small>
Carbatrol (Carbamazepine)	<input type="checkbox"/> 200 mg <input type="checkbox"/> 300 mg	
Depakene (Valproic Acid)	<input type="checkbox"/> 250 mg Syrup ♦ <input type="checkbox"/> 200 mg / 5 mL	
Depakote (Divalproex Sodium)	<input type="checkbox"/> 125 mg <input type="checkbox"/> 250 mg <input type="checkbox"/> 500 mg <input type="checkbox"/> 500 mg - ER Sprinkle ↻ <input type="checkbox"/> 125 mg	
Dilantin (Phenytoin Sodium, Phenytoin)	<input type="checkbox"/> 30 mg <input type="checkbox"/> 100 mg Infatabs <input type="checkbox"/> 50 mg 125 ♦ <input type="checkbox"/> 125 mg / 5 mL	
Gabitril (Tiagabine HCL)	<input type="checkbox"/> 2 mg <input type="checkbox"/> 4 mg <input type="checkbox"/> 12 mg <input type="checkbox"/> 16 mg <input type="checkbox"/> 20 mg	
Keppra (Levetiracetam)	<input type="checkbox"/> 250 mg <input type="checkbox"/> 500 mg <input type="checkbox"/> 750 mg Liquid ♦ <input type="checkbox"/> 100 mg / mL	
Klonopin (Clonazepam)	<input type="checkbox"/> 0.5 mg <input type="checkbox"/> 1mg <input type="checkbox"/> 2 mg	
Lamictal (Lamotrigine)	<input type="checkbox"/> 25 mg <input type="checkbox"/> 100 mg <input type="checkbox"/> 150 mg <input type="checkbox"/> 200 mg Chewables <input type="checkbox"/> 2 mg <input type="checkbox"/> 5 mg <input type="checkbox"/> 25 mg	
Neurontin (Gabapentin)	<input type="checkbox"/> 100 mg <input type="checkbox"/> 300 mg <input type="checkbox"/> 400 mg <input type="checkbox"/> 600 mg <input type="checkbox"/> 800 mg Liquid ♦ <input type="checkbox"/> 250 mg / 5 mL	
Phenobarbital	<input type="checkbox"/> 15 mg <input type="checkbox"/> 30 mg <input type="checkbox"/> 60 mg <input type="checkbox"/> 100 mg Liquid ♦ <input type="checkbox"/> 20 mg / 5 mL	
Tegretol (Carbamazepine)	<input type="checkbox"/> 100 mg <input type="checkbox"/> 200 mg <input type="checkbox"/> 100 mg - XR <input type="checkbox"/> 200 mg - XR <input type="checkbox"/> 800 mg - XR Liquid ♦ <input type="checkbox"/> 100 mg / 5 mL	
Topamax (Topiramate)	<input type="checkbox"/> 25 mg <input type="checkbox"/> 100 mg <input type="checkbox"/> 200 mg Sprinkle ↻ <input type="checkbox"/> 15 mg <input type="checkbox"/> 25 mg	
Trileptal (Oxcarbazepine)	<input type="checkbox"/> 150 mg <input type="checkbox"/> 300mg <input type="checkbox"/> 600 mg Liquid ♦ <input type="checkbox"/> 300 mg/5 mL (60 mg/mL)	
Zarontin (Ethosuximide)	<input type="checkbox"/> 250 mg Syrup ♦ <input type="checkbox"/> 250 mg / 5 mL	
Zonegran (Zonisamide)	<input type="checkbox"/> 100 mg	

— QUESTIONS & CONCERNS / DUDAS Y PREGUNTAS —