Form 13: REPORTE DE ATAQUES

Nombre_____Fecha de nacimiento_____

NOTA: Llamar al 911 y notificar a la enfermera si la duración, frecuencia y repetición de los ataques cambia. Notificar inmediatamente si los ataques duran mas de 5 minutos, y si el niño no puede respirar y continua teniendo los ataques.

Fecha	Hora	Duración Min/Seg (Usar su reloj)	CUERPO			OJOS					No habla ni responde	Responde al examen ó tratamiento	Se cae durante el a taque	Incontingencia de horina y popo (se muestra sin control)	COLOR DE LA PIEL					Cuanto tiempo durme despues?	COMENTARIOS (Por ejemplo: sequencia de los eventos, si el niño tiene gripa ó fiebre, alguna herida ó golpe al caer, cambio en rayos X, etc.
			Rígido	Estirado	Devil y Sudoroso	Caídos ó al revez	Mirada fija	Se cruzan	Se mueven lado a lado	Pupilas					Labios azúles	Piel gris	Piel palida	Enrojecida	No hay ningun c ambio		