Registro de Observación de Episodios

Nombre _____ Edad o fecha de nacimiento _____

Fecha	Hora	Duración del episodio (Segundos o minutos)	Observaciones de lo que sucedió ANTES del episodio* (¿Qué estaba haciendo?)	Observaciones de lo que sucedió DURANTE el episodio (Se pueden utilizar los números que aparecen abajo)	Observaciones de lo que sucedió DESPUÉS del episodio (Se pueden utilizar los números que aparecen abajo)	Comentarios

Las posibles observaciones incluyen:

1. Mirada pedida
2. Falta de respuesta al nombre
3. Recuperación rápida (segundos)
4. Náuseas de aparición repentina
5. Problemas de visión
6. Sacudidas de una extremidad
7. Recuperación gradual (minutos)
8. Rigidez, actividad convulsiva
9. Dificultad para respirar
10. Pérdida de consciencia
11. Recuperación lenta (confusión y necesidad de dormir)

ECHO AUTISM COMMUNITIES