

CUESTIONARIO DE CONVULSIONES

Para ser completado por el médico tratante
(POR FAVOR, EN LETRA DE IMPRENTA)



1 Información del Paciente

Nombre: _____			Número de Póliza: _____
Apellido	Nombre	Inicial	
Fecha de Nacimiento: ____/____/____		Estatura _____	Peso _____
Mes	Día	Año	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> pies <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb

2 Información Médica

Detalles de los síntomas: _____	
Fecha del primer síntoma: ____/____/____	
Fecha de la última consulta: ____/____/____	
Mes Día Año	
Mes Día Año	
Tipo:	Etiología:
I. Parcial (Focal): <input type="radio"/> Simple <input type="radio"/> Compleja	
II. Generalizada: <input type="radio"/> Crisis de ausencia <input type="radio"/> Clónica <input type="radio"/> Tónica	<input type="radio"/> Simple <input type="radio"/> Compleja
<input type="radio"/> Tónica - Clónica <input type="radio"/> Mioclónica	
Asociada con:	
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hiperpirexia
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Infecciones del S.N.C. (meningitis, encefalitis)
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Disturbios metabólicos (hipoglucemia, etc.)
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Agentes convulsivantes o tóxicos (cloroquina, alcohol)
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hipoxia cerebral (Síndrome Stokes-Adams, anestesia, etc.)
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Lesiones cerebrales expansivas (neoplasia, hemorragia intracraneal, etc.)
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Defectos cerebrales
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Edema cerebral
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ana laxia
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Derrame o hemorragia cerebral
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Trauma cerebral
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Síndrome de abstinencia (relacionado al uso crónico de sustancias)
Ataques:	
Cantidad de ataques en los últimos 12 meses: _____	Fecha del último ataque: ____/____/____
	Mes Día Año

Por favor continúe en la siguiente página.

Método de Diagnóstico:	
<input type="radio"/> Tomografía Tratamiento: _____ Pronóstico: _____ Condición actual: _____	resultado del examen médico: _____
<input type="radio"/> Arteriografía Tratamiento: _____ Pronóstico: _____ Condición actual: _____	resultado del examen médico: _____
<input type="radio"/> MRI Tratamiento: _____ Pronóstico: _____ Condición actual: _____	resultado del examen médico: _____
<input type="radio"/> EEG Tratamiento: _____ Pronóstico: _____ Condición actual: _____	resultado del examen médico: _____
<input type="radio"/> Tumor excluido Tratamiento: _____ Pronóstico: _____ Condición actual: _____	resultado del examen médico: _____
<input type="radio"/> Otros Tratamiento: _____ Pronóstico: _____ Condición actual: _____	resultado del examen médico: _____

3 Información del Médico Tratante

Nombre: _____		
Apellido	Nombre	Inicial
Dirección: _____		
Número de teléfono: (____) _____ - _____		Número de fax: (____) _____ - _____
Correo electrónico: _____		
Firma del Médico Tratante		Fecha: _____ / _____ / _____ <small>Mes Día Año</small>