

CUESTIONARIO DE CONVULSIONES

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



1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido		Nombre		Initial
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	Estatura <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies		Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lb	

2. INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha del primer síntoma	Síntomas
DD / MM / AA	
Fecha de la última consulta	Diagnóstico
DD / MM / AA	

Tipo de convulsión			Etiología
I. Parcial (FOCAL)	<input type="checkbox"/> Simple	<input type="checkbox"/> Compleja	<input type="checkbox"/> Primaria (IDIOPÁTICA) <input type="checkbox"/> Secundaria
II. Generalizada	<input type="checkbox"/> Crisis de ausencia	<input type="checkbox"/> Clónica	
	<input type="checkbox"/> Mioclónica	<input type="checkbox"/> Tónica	
Asociada con:			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hiperpirexia		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infecciones del S.N.C. (meningitis, encefalitis)		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Disturbios metabólicos (hipoglucemia, etc.)		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Agentes convulsivantes o tóxicos (cloroquina, alcohol)		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoxia cerebral (Síndrome de Adams-Stokes, anestesia, etc.)		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lesiones cerebrales expansivas (neoplasia, hemorragia intracraneal, etc.)		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Defectos cerebrales		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edema cerebral		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anafilaxia		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Derrame o hemorragia cerebral		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trauma cerebral		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Síndrome de abstinencia (relacionado al uso crónico de sustancias)		
Fecha del último ataque	DD / MM / AA	Cantidad de ataques en los últimos 12 meses	

Método de diagnóstico	Detalles	
<input type="checkbox"/> Tomografía computarizada (TC)	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	

Método de diagnóstico	Detalles	
<input type="checkbox"/> IRM	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
<input type="checkbox"/> EEG	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
<input type="checkbox"/> Arteriografía	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
<input type="checkbox"/> Tumor excluido	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
<input type="checkbox"/> Otro	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE		
Nombre		
Dirección		
Teléfono	Fax	
Correo electrónico		
Firma	Fecha	DD / MM / AA

Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador Piso 4 • Quito - Ecuador
Tel : (593-2)3965600 • Fax: (593-2)3965650 • www.bupalud.com • SACecuator@bupalatinamerica.com