



BEST MERIDIAN
INSURANCE COMPANY

CUESTIONARIO DE EPILEPSIA
(para ser completado por el Médico Tratante)

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. ¿Desde cuándo conoce y/o trata al paciente? _____
2. ¿Qué tipo de epilepsia tiene el paciente? _____
3. ¿Con qué frecuencia controla al paciente? _____
4. ¿Cuándo fue el primer signo de un trastorno neurológico y su diagnóstico? _____

5. ¿Ha habido investigaciones para determinar la causa del trastorno? Si afirmativo, suministre el nombre del doctor u hospital, dirección, tipo de investigación, fechas y resultados: _____

6. Tratamiento actual: _____
7. ¿Ha cambiado el tratamiento durante los últimos tres años? _____. Si afirmativo, cómo y por qué _____

8. ¿Cuán frecuente tiene este paciente ataques de aura, desmayos, o convulsiones? _____

9. Fecha del último ataque y tipo de ataque: _____
10. ¿Usted anticipa futuras pruebas o investigaciones? Si afirmativo, por favor explique: _____

11. ¿Considera usted que el paciente está cooperando tomando su medicamento? _____

Fecha

(Firma del Médico Tratante)