

# CUESTIONARIO SOBRE CONVULSIONES/EPILEPSIA

Para ser completado por el médico tratante

## I- INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Solicitante (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Fecha de Nacimiento  
Mes/Día/Año

Sexo

Peso  
lb kg

Estatura  
pies m

☐ M  
☐ F

Fumador ☐ Si ☐ No

Cigarillos por día

Cantidad de años fumando

## II- SÍNTOMAS Y/O SIGNOS DE LA ENFERMEDAD:

Fecha de inicio de síntomas y signos:

Cuáles fueron los síntomas iniciales de la enfermedad?

Mareos: ☐ Si ☐ No

Dolor de cefalea: ☐ Si ☐ No

Fiebre: ☐ Si ☐ No

Síncope: ☐ Si ☐ No

Aura: ☐ Si ☐ No

Si la respuesta es "SI", por favor explique:

## III- RESULTADOS DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES:

	Resultado	Fecha
Electroencefalograma		
"MRI o CT Scan"		
Glucosa en ayunas		

## IV- RESULTADO DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

	Resultado	Fecha
Arteriografía		
"SPECT/PET Scan"		
Otros		

\*Suscrito por Pan-American Life Insurance Company (PALIC) New Orleans, LA, U.S.A., y administrado por Pan-American Private Client de Coral Gables, FL, U.S.A.

**V- EL PACIENTE HA PADECIDO O PADECE DE  
ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:**

**A- Convulsiones parciales:** Parcial simple: ☐ Si ☐ No Parcial compleja: ☐ Si ☐ No  
**B- Convulsiones generalizadas:** Crisis de ausencia (Petit mal): ☐ Si ☐ No Mioclonicas: ☐ Si ☐ No  
Ausencia atípica: ☐ Si ☐ No Tónico-clónicas (Gran mal): ☐ Si ☐ No Tónicas, clónicas o atónicas: ☐ Si ☐ No  
**C- La etiología de las convulsiones es:** ☐ Primaria ☐ Secundaria

Si la respuesta es "SI", por favor explique:

**VI- EL PACIENTE HA TENIDO ANTECEDENTES O PADECE DE  
ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES O ENFERMEDADES:**

Tumor cerebral: ☐ Si ☐ No Enfermedades cerebrovasculares: ☐ Si ☐ No Meningoencefalitis: ☐ Si ☐ No  
Meningitis: ☐ Si ☐ No Malformaciones congénitas del sistema nervioso: ☐ Si ☐ No Enfermedades metabólicas: ☐ Si ☐ No  
Parálisis cerebral: ☐ Si ☐ No Retraso mental: ☐ Si ☐ No

Si la respuesta es "SI", por favor explique:

Tratamiento	Nombre y Dosis	Fecha
Medicamentos:	<div></div>	<div></div>
Cirugía Neurológica:	<div></div>	<div></div>

**VII- HA ESTADO EL PACIENTE HOSPITALIZADO POR  
CONVULSIONES O SUS COMPLICACIONES?**

Respuesta	Diagnostico
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<div></div>
Fecha	
<div></div>	

### VIII- HA CONSULTADO EL PACIENTE ALGUN OTRO MEDICO?

Respuesta

☐ Si ☐ No

Información del médico

Nombre:

Especialidad:

Fecha

Motivo:

### IX- HA SUFRIDO EL PACIENTE ALGUNA DE LA SIGUIENTES COMPLICACIONES?

Estado epiléptico: ☐ Si ☐ No

Lesión o accidentes durante convulsiones: ☐ Si ☐ No

Hemiplegia: ☐ Si ☐ No

Daño cerebral permanente: ☐ Si ☐ No

Si la respuesta es "SI", por favor explique:

### X- INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE ASISTENCIA:

Nombre y Apellido

Dirección de la oficina

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

País

Teléfono

Correo electrónico

Firma del Médico

Fecha