

# CUESTIONARIO DE CONVULSIONES

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



## 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial
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
II. Generalizada	<input type="checkbox"/> Crisis de ausencia <input type="checkbox"/> Mioclónica <input type="checkbox"/> Tónica - Clónica	<input type="checkbox"/> Primaria (IDIOPÁTICA) <input type="checkbox"/> Secundaria

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