

CUESTIONARIO DE CONVULSIONES

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



1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	Estatura ☐ M ☐ Pies	Peso ☐ Kg ☐ 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)	☐ Simple	☐ Compleja
II. Generalizada	☐ Crisis de ausencia ☐ Mioclónica ☐ Tónica - Clónica	☐ Clónica ☐ Tónica
		☐ Primaria (IDIOPÁTICA) ☐ Secundaria

Asociada con:

☐ Sí ☐ No	Hiperpirexia	
☐ Sí ☐ No	Infecciones del S.N.C. (meningitis, encefalitis)	
☐ Sí ☐ No	Disturbios metabólicos (hipoglucemia, etc.)	
☐ Sí ☐ No	Agentes convulsivantes o tóxicos (cloroquina, alcohol)	
☐ Sí ☐ No	Hipoxia cerebral (Síndrome de Adams-Stokes, anestesia, etc.)	
☐ Sí ☐ No	Lesiones cerebrales expansivas (neoplasia, hemorragia intracraneal, etc.)	
☐ Sí ☐ No	Defectos cerebrales	
☐ Sí ☐ No	Edema cerebral	
☐ Sí ☐ No	Anafilaxia	
☐ Sí ☐ No	Derrame o hemorragia cerebral	
☐ Sí ☐ No	Trauma cerebral	
☐ Sí ☐ 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	
☐ Tomografía computarizada (TC)	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	

Método de diagnóstico	Detalles	
☐ IRM	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
☐ EEG	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
☐ Arteriografía	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
☐ Tumor excluido	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
☐ 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 Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.

5ª Avenida 5-55, Zona 14 • Europlaza World Business Center, Torre III, Nivel 11, Oficina 1103 • Ciudad de Guatemala PBX: 2300-8000 • www.bupasalud.com/MiBupa