

# FORMULARIO DE EPILEPSIA

Nombres completos: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: día: \_\_\_\_ mes: \_\_\_\_ año: \_\_\_\_\_

Fecha: Ciudad: \_\_\_\_\_ día: \_\_\_\_ mes: \_\_\_\_ año: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es la fecha desde que trata al paciente? \_\_\_\_\_

2. ¿Tipo de epilepsia que tiene el paciente?

\_\_\_\_\_

3. ¿Frecuencia en la que controla al paciente?

\_\_\_\_\_

4. Detalle del tratamiento actual

\_\_\_\_\_

5. ¿Observa usted que el paciente está tomando su medicamento?

\_\_\_\_\_

6. ¿Se ha realizado algún cambio en el tratamiento durante los últimos tres años?

Si es afirmativo, informar por qué y cómo:

\_\_\_\_\_

7. ¿Cuál es la fecha del primer signo de un trastorno neurológico y su diagnóstico?

\_\_\_\_\_

8. Fecha del último ataque y tipo de ataque:

\_\_\_\_\_

9. ¿Ha investigado o ha determinado la causa del trastorno? Si es afirmativo, suministre el nombre del doctor u hospital, dirección, tipo de investigación, fechas y resultados:

\_\_\_\_\_

10. ¿Con qué frecuencia tiene el paciente ataques de: convulsiones, desmayo o aura?

\_\_\_\_\_

11. ¿Usted anticipa futuras pruebas o investigaciones? Si es afirmativo, por favor explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico tratante

El contratante y/o asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

La Superintendencia de Compañías Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-1-1-SF-55-872004420-11032021 el 11-03-2021