

# CUESTIONARIO DE CONVULSIONES

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



Código:

R.A.: APS/DS/N° 006/2021

## 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"/> Primaria (IDIOPÁTICA)<br><input type="checkbox"/> Secundaria |                                  |
|                    | <input type="checkbox"/> Mioclónica         |   | <input type="checkbox"/> Clónica |
|                    | <input type="checkbox"/> Tónica - Clónica   |   | <input type="checkbox"/> Tónica  |

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 |

**Bupa Insurance (Bolivia) S.A.**

Av. Beni, Calle Guapomo No. 2005 • Edificio Spazio, Oficina 201 - 203 • Santa Cruz, Bolivia  
Tel. (591-3) 342 4264 • www.bupasalud.com/MiBupa