



**Cía. Internacional de Seguros, S.A.**  
**Cuestionario Epilepsia**

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS  
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección del médico: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ Teléfono del médico: \_\_\_\_\_

La información detallada en este documento será tratada confidencialmente y bajo secreto profesional.  
Rogamos contestar todas las preguntas y facilitar toda la información solicitada.

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Presión arterial: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Tratada  No Tratada

Fecha: \_\_\_\_\_

Tipo	No	Sí	Detalles	Fecha(s)
Gran mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pequeño mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	
Crisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fecha de la última (mes/año) _____	
En los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuántas veces? _____	
Crisis principalmente nocturnas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Afección causante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	
Origen tumoral totalmente excluído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	por <input type="checkbox"/> arteriografía, <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> RM, <input type="checkbox"/> gammagrafía, <input type="checkbox"/> neurocirugía, <input type="checkbox"/> otros medios: ¿cuáles? _____	_____ _____ _____

Tratamiento  No  Sí ¿cuál? \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_

Signos de psicosis  No  Sí ¿cuál? \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_

Consumo diario de bebidas alcohólicas (en ml.)  No  Sí  vino \_\_\_\_\_  cerveza \_\_\_\_\_  
 aperitivos \_\_\_\_\_  licores \_\_\_\_\_

Otros factores que puedan influir en el pronóstico  No  Sí

Profesión \_\_\_\_\_

Deporte/afición \_\_\_\_\_

Entorno \_\_\_\_\_

**\* IMPORTANTE: se ruega proporcionar cualquier examen realizado con resultado anormal, así como informe sobre intervención quirúrgica.**

FECHA:

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE: