



Apellido			
Nombre		Inicial 2do Nombre	
Dirección			
Ciudad			
Estado		Código Postal	
Teléfono Casa		Teléfono Trabajo	
Teléfono Celular		Estado civil:	
Dirección Electrónica		¿Gustaría recibir correo electrónico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de Nacimiento		Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Número del Seguro Social			

Es usted un estudiante?: \_\_\_No \_\_\_Si Tiempo completo  Tiempo Parcial

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

¿Cómo supo acerca de nosotros?  Doctor  Usted mismo  Páginas Amarillas  Grupo de Apoyo  
 Compañía de Seguros  Internet  Otro \_\_\_\_\_

Por favor, indique sus quejas específicas: \_\_\_\_\_

### MÉDICO QUE LE REFIERE

Nombre			
Dirección		Ciudad	
Estado		Código Postal	
		Teléfono	

### MÉDICO GENERAL

Nombre			
Dirección		Ciudad	
Estado		Código Postal	
		Teléfono	

### FIADOR

Apellido			
Nombre		Inicial 2do Nombre	
Dirección	Si es usted mismo(a) déjelo en blanco		
Ciudad		Estado	
Código Postal		Teléfono	
Fecha de Nacimiento		Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Número del Seguro Social			
Empleador del Fiador			
Dirección del Empleador		Ciudad	
Estado		Código Postal	
		Teléfono	

¿Está su enfermedad relacionada a compensación laboral ó “no fault”? Si  No

En caso positivo, por favor contacte a la recepcionista.



**SEGURO #1**

Compañía de Seguros			
Beneficiario			
Relación con el Asegurado			
Póliza #		Grupo #	

**SEGURO #2**

Compañía de Seguros			
Beneficiario			
Relación con el Asegurado			
Póliza #		Grupo #	

**HOJA PARA COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES O CASOS SIN CULPA****COMPENSACION de TRABAJADORES**

Usted se lastimo en el trabajo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Numero de caso:		
WBC#:		
Numero de identificación de seguro:		
Fecha de la lesión:		
Nombre del empleador		
Compañía de seguros		
Dirección		
Contacto		Teléfono
Abogado		
Dirección		

**SIN CULPA**

Estuvo en un accidente de automóvil?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Autorización prevista?		
Numero de caso sin culpa:		
# de Archivo:		
Fecha de la lesión		
Titular de la póliza		
Compañía de seguros		
Dirección		
Contacto		Teléfono
Abogado		
Dirección		

Autorizo a Epilepsy & Neurophysiology Medical Consulting P.C. y/o Epilepsy and Neurophysiology Medical Consultants, P.A. de proporcionar información sobre mi enfermedad y tratamiento a mi compañía de seguros. Yo autorizo el pago de las prestaciones médicas para el proveedor. Entiendo que soy responsable por cualquier parte de los cargos que no estén cubiertos por mi seguro médico.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



A nuestros pacientes:

Como ustedes saben, existen reglas obligatorias muy estrictas del gobierno respecto a la información de salud de los pacientes, confidencialidad y revelación de información. En nuestros esfuerzos continuos para mejorar el cuidado de salud del paciente y las comunicaciones, nuestra práctica puede ofrecerle formas adicionales de recibir información, con su autorización firmada, en relación a su cuidado y tratamiento. Además, una copia de nuestra “Política de Privacidad” se haya expuesta en nuestra sala de espera y es dada a todos nuestros pacientes.

Si hay otras personas (familiares/amigos/profesionales de salud) con los cuales nosotros podamos discutir o a quienes podamos revelar la información, por favor lístelos aquí:

**Ninguno**

Nombre:

Relación:

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo revocar o cambiar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_



## **Aviso sobre Prácticas de Privacidad de la Información de Salud**

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN ACERCA DE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉA ATENTAMENTE.**

Northeast Regional Epilepsy Group está obligado legalmente a mantener la privacidad de su Información Personal de Salud (IPS; Personal Health Information en inglés, PHI) y suministrarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad.

### **USOS Y REVELACIÓN:**

#### **Tratamiento:**

Podemos utilizar su información para suministrar o coordinar su cuidado de salud. Podemos revelar toda o alguna porción de su información de salud a cualquiera de nuestros Médicos, Enfermeras Registradas, Tecnólogos, otros consultores o médicos derivantes (referentes), farmacéutas y l cualesquiera otros empleados que tienen una necesidad legítima de tal información para suministrar o coordinar su cuidado médico.

#### **Pago:**

Podemos revelar su información para determinar la cobertura por parte de una compañía de seguros de nuestros servicios, y para procesar cobros y reclamos. La información puede ser revelada a cualquiera otra organización involucrada en el pago de su factura. Esta información puede incluir copias o extractos de su IPS que es necesaria para recibir el pago.

#### **Operaciones Rutinarias:**

Podemos utilizar y revelar su información durante operaciones rutinarias de la práctica. Un ejemplo de una operación rutinaria sería contactarle y recordarle su cita o revelar la información a transcriptoras, abogados o consultores que trabajen para la práctica. Estas entidades se llaman “Asociados de Negocios”. Le pedimos a nuestros Asociados de Negocios que traten su información en la misma manera que nosotros lo hacemos.

#### **Agencias Reguladoras:**

Podemos revelar su información a agencias estatales, locales o federales autorizadas por la ley para conducir investigaciones, auditorías, o investigaciones de la práctica.

#### **Enforcement de la Ley/Litigios:**

Podemos revelar su información para cualquier propósito valido de enforcement de la ley o en respuesta a órdenes de la corte o citación (subpoena).

**Salud Pública:**

Podemos revelar su información a las autoridades de salud pública tal cual lo autoriza la ley y que esté relacionado a la prevención o control de ciertas enfermedades.

**Compensación al Trabajador:**

Podemos revelar su información a las agencias de Compensación al Trabajador en el caso de que su enfermedad o lesión estén relacionadas a su trabajo.

**Militares/Veteranos:**

Si usted es un miembro de las fuerzas armadas o un(a) veterano(a) de guerra, podemos revelar su información tal cual lo requieran las autoridades de comando militar.

**Como se Requiera de Otra forma:**

Podemos revelar su información en cualquier situación en la cual tal revelación sea requerida por la ley (por ejemplo: abuso infantil o doméstico).

**Usos Prohibidos:** No revelaremos su información a personas fuera de la práctica para propósitos diferentes al tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud sin su autorización por escrito. Si usted nos suministra tal información, usted la puede revocar por escrito en cualquier momento en el futuro y nosotros honraremos ese pedido.

**SUS DERECHOS EN MATERIA DE SU INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD:**

A pesar de que todos los registros con respecto a su tratamiento médico aquí son propiedad de nuestra oficina, usted tiene ciertos derechos respecto a esta información de la siguiente manera:

**Derecho a la Confidencialidad:**

Por lo general, tienen el derecho de inspeccionar y recibir una copia de su información de salud de nosotros, a menos que sea restringido por la ley o por médico. Usted tendrá que pagar por las copias de los registros que ofrecemos.

**Derecho a Corregir:**

Usted tiene el derecho de solicitar una modificación o corrección de su información médica. Si estamos de acuerdo en que la información es adecuada, vamos a incluir esa información en su expediente médico.

**Derecho a la Contabilidad:**

Usted tiene el derecho a obtener un registro de las divulgaciones que hacemos acerca de su información médica que no sea para tratamiento, pago u operaciones de rutina de esta práctica.

**Derecho a solicitar restricciones:****Cambios a este aviso:**

Vamos a cumplir con los términos de este aviso actualmente en vigor. Sin embargo, nos reservamos el derecho a modificar los términos de este aviso en cualquier momento. Cualquier disposición nueva será efectiva desde el momento en que los cambios son efectivos dentro de nuestra oficina.

**Fecha de vigencia de este aviso: 01 de junio 2003**

Usted tiene el derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones acerca de su información de salud. Vamos a cumplir con estas peticiones a la medida que sea posible.

**Derecho a Revocar la Autorización:**

Usted tiene el derecho de revocar su autorización previa salvo a la información médica previamente divulgada en relación con su autorización original.

**Derecho a Quejarse:**

Usted tiene el derecho a presentar una queja formal acerca de nuestro manejo de su información de salud. Usted puede comunicarse con el Dr. Lancman al número que aparece a continuación. (Si usted se queja, no tomaremos represalias contra usted de ninguna manera)

Para obtener más información sobre esta política de privacidad por favor contacte Regional del Noreste Epilepsia Grp en (914) 428-9213 o (201) 343-6676.



## ACUSE DE RECIBO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**Luego de revisar el siguiente documento, por favor firme el FRENTE Y EL REVERSO de ESTA forma y retorne SÓLO ESTA PÁGINA al (a la) recepcionista.**

Yo, \_\_\_\_\_, aquí reconozco que he recibido y revisado el “Aviso sobre Prácticas de Privacidad de la Información de Salud” la cual describe los usos y revelaciones que pueden hacerse acerca de mi información personal de salud para tratamiento, pago y operaciones rutinarias del cuidado de la salud.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del firmante

\_\_\_\_\_  
Si usted es un representante, especifique la relación

**Por favor retorne SÓLO ESTA PÁGINA al (a la) recepcionista.**



**ENMC PC/PA**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Yo por medio de esta asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, que incluyan todos los beneficios médicos mayores a los cuales tengo derecho incluyendo Medicare, seguros privados, u cualesquiera otros planes de salud a: EPILEPSY & NEUROPHYSIOLOGY MEDICAL CONSULTING PC, Y SUS MÉDICOS. Esta asignación permanecerá en efecto hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta asignación será considerada tan válida como la original. Entiendo que soy responsable financieramente por todos los gastos sean o no pagados por dicho seguro. Por medio de la presente autorizo a dicho asignado a que revele toda la información necesaria para asegurar el pago.

\_\_\_\_\_  
FIRMA (PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

\_\_\_\_\_  
FECHA

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN**

Por medio de la presente autorizo a EPILEPSY & NEUROPHYSIOLOGY MEDICAL CONSULTING P.C. y/o EPILEPSY AND NEUROPHYSIOLOGY MEDICAL CONSULTANTS, P.A. y sus médicos a proveer toda la información necesaria que puedan tener respecto a mi condición bajo su observación o tratamiento, incluyendo la historia obtenida, rayos X, exámenes de laboratorio, y hallazgos físicos, diagnóstico y pronóstico a mi(s) compañía(s) de seguro y/o sus médicos.

\_\_\_\_\_  
FIRMA (PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

\_\_\_\_\_  
FECHA

### **APELACIÓN MÉDICA**

Autorizo a EPILEPSY & NEUROPHYSIOLOGY MEDICAL CONSULTING P.C, y/o EPILEPSY AND NEUROPHYSIOLOGY MEDICAL CONSULTANTS, P.A., y sus médicos a que lleven a cabo una apelación por escrito a mi compañía de seguro en mi nombre.

\_\_\_\_\_  
FIRMA (PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

\_\_\_\_\_  
FECHA

### **RENUNCIA A LA ELEGIBILIDAD**

Entiendo que mi elegibilidad para cubrimiento por (nombre de la compañía de seguros) no puede confirmarse en este momento. Deseo recibir servicios médicos de (nombre del médico). Si se determina que no soy elegible para cubrimiento, entiendo que seré responsable por el pago de todos los servicios suministrados.

\_\_\_\_\_  
FIRMA (PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

\_\_\_\_\_  
FECHA

### **RENUNCIA DE LA DERIVACIÓN**

No traje una derivación para los servicios médicos que recibiré hoy. Si mi médico de cuidado primario no provee una derivación dentro del plazo de dos días, entiendo que soy responsable de pagar por los servicios que estoy solicitando.

\_\_\_\_\_  
FIRMA (PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL)

\_\_\_\_\_  
FECHA





## **INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS PACIENTES MAYORES DE 16 AÑOS DE EDAD**

Una de las discusiones más incómodas que los médicos y las enfermeras tienen con los pacientes con epilepsia involucra la restricción de la licencia para conducir, ya que esta puede parecer esencial para su independencia. Aunque la mayoría de las leyes estatales sobre el acto de manejar y la epilepsia son actualmente menos restrictivas de lo que eran hace muchos años, estas leyes fueron escritas para disminuir la posibilidad de daño a sí mismo o a otros como resultado de tener un ataque durante la conducción.

Por lo tanto, cada estado regula la elegibilidad de licencia de conducir para las personas con epilepsia. Como titular de de licencia de conducir, es su responsabilidad conocer las reglamentaciones de su estado. El requisito más común es que usted debe estar libres de crisis durante un cierto período de tiempo antes de que se le permita conducir.

Aunque los médicos pueden ofrecer una opinión sobre su capacidad para conducir con seguridad, el departamento de vehículos es quien toma la decisión final. En algunos estados, el médico puede ofrecer tal opinión si sus convulsiones no interfieren con la conciencia o el control de movimiento. Es posible que pueda seguir conduciendo si sus convulsiones ocurren sólo en ciertos momentos, especialmente durante el sueño o si siempre tienen un aura que le advierta de quitarse de la carretera antes de que un ataque comience.

Si usted todavía tiene convulsiones, no se lo esconda a su médico para mantener su licencia de conducir. No comunicar información correcta acerca de sus ataques le imposibilita a su médico tratar su epilepsia efectivamente. Su médico tal vez pueda evitar o disminuir la frecuencia de sus ataques al simplemente hacer pequeñas alteraciones a la dosis de sus medicamentos. El tratamiento inadecuado de su epilepsia puede llevar a que usted tenga más ataques y el resultado puede ser que usted o otra persona resulten heridos. Si sus convulsiones están adecuadamente controladas, use el privilegio de conducir como una razón más para cuidarse a sí mismo efectivamente. Si siempre toma sus medicamentos anticonvulsivos como se los recetaron, duerme lo suficiente, limita su consumo de alcohol, y visita regularmente a su médico, será más probable que usted pueda seguir conduciendo con seguridad y legalmente.

A continuación se muestra una breve descripción de las leyes acerca de la conducción en nuestras áreas de práctica:

## **NUEVA JERSEY:**

- Usted debe estar libre de crisis durante un año.
- Las excepciones pueden ser concedidas por el Comité de Trastornos Neurólogos.
- Actualizaciones médicas periódicas se requieren cada seis meses durante los primeros dos años, después, anualmente.
- Su médico debe informar crisis convulsivas recurrentes, períodos recurrentes de pérdida del conocimiento, o impedimento o pérdida de coordinación motórica debido a la epilepsia, cuando esta condición persiste o se repite a pesar del tratamiento médico.
- Apelación de la negación de licencia del DMV debe ser presentada dentro de 30 días.
- Las personas con historia médica establecida o diagnóstico de epilepsia o cualquier otra condición que pueda causar una pérdida de conciencia o pérdida de la capacidad de controlar un vehículo comercial están prohibidas de tener licencia para conducir vehículos comerciales. Presentación de una aplicación de CDL falsa es un delito federal.
- Comisión de Vehículos de Motor de NJ: 609-292-6500
- Unidad de Revisión Médica de NJ: 888-486-3339

## **NUEVA YORK:**

- Usted debe estar libre de crisis durante un año.
- Las personas pierden el derecho de conducir vehículos comerciales, si tienen un historial médico de epilepsia, tienen un diagnóstico clínico actual de epilepsia o están tomando medicamentos anticonvulsivos.
- Los médicos no están obligados a reportar casos de epilepsia.
- Excepciones pueden ser concedidas por la Junta Médica del DMV.
- Actualizaciones periódicas médicas se requieren después de concesión de licencias, si es que esto se determina necesario por el DMV.
- Estado de Nueva York Departamento de Transporte Concesión de Licencias Comerciales: 518-457-1010 o 1016.
- Unidad de Revisión Médica: 518-474-0774

## **PENNSYLVANIA:**

- Usted debe estar libre de crisis durante seis meses.
- Los médicos están obligados a reportar casos de epilepsia.
- Su médico deberá completar un informe médico que indica que sus ataques están controlados y enviar este informe al Departamento de Transporte de Pensylvania.
- El departamento puede eximir el requisito de estar libre de convulsiones a petición del médico de la persona en las siguientes situaciones:
  - Usted tiene un patrón estrictamente nocturno de convulsiones o un patrón de convulsiones que ocurren inmediatamente después de despertar que se ha establecido por lo menos 2 años inmediatamente anterior a su solicitud.

- Experimenta un aura específica prolongada, acompañada de una advertencia suficiente y este patrón se ha establecido en un período de al menos 2 años inmediatamente anterior a la aplicación o suspensión.
- Sus ataques habían sido controlados y los ataques posteriores se produjeron como resultado de un cambio prescrito o la discontinuación de medicamentos bajo la supervisión de un médico.
- Sus ataques habían sido controlados durante 6 meses o más y el posterior ataque se produjo durante o concurrente con una enfermedad transitoria, la ingestión de tóxicos, desequilibrio metabólico o trauma no recurrente.
- Comisión de Vehículos de Motor: 800-932-4600
- Unidad de Revisión Médica: 717-787-9662

### **CONNECTICUT**

- No existe un plazo fijado en el cual usted debe estar libre de convulsiones.
- Los médicos no están obligados a informar casos de epilepsia.
- Actualizaciones médicas periódicas se requiere después de concesión de licencias si se determina por el DMV.
- La apelación de la denegación de licencia debe ser presentada al DMV dentro de 30 días.
- Comisión de Vehículos de Motor: 800-842-8222 o 800-263-5700
- Unidad de Revisión Médica: 860-263-5223

He leído la información presentada y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Formulario para el paciente – Nuevo Paciente**

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

**Alergias:** \_\_\_\_\_

**Mano con la que escribe:**  Derecha  Izquierda

**Motivo de su visita:**

- Averigüar si tengo convulsiones
- Obtener tratamiento para las convulsiones
- Parar medicamentos anticonvulsivos
- Ser evaluado para cirugía
- Otra cosa (favor explicar) \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Genero:**  Hombre  Mujer

**Nombre y dirección de médico de referencia:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nombre y dirección de médico de atención primaria:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Describe sus eventos:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Factores de Riesgo (Marque todos los que se aplica y describa):**

- Problemas durante el embarazo de su madre con usted \_\_\_\_\_
- Problemas durante su nacimiento \_\_\_\_\_
- Problemas inmediatamente después de su nacimiento \_\_\_\_\_
- Meningitis/Encefalitis \_\_\_\_\_
- Convulsiones con fiebre \_\_\_\_\_
- Grave trauma en la cabeza \_\_\_\_\_
- Pérdida de conciencia \_\_\_\_\_
- Discapacidad de aprendizaje \_\_\_\_\_
- Retraso en el desarrollo del lenguaje/motor \_\_\_\_\_
- Cirugía cerebral \_\_\_\_\_
- Accidente cerebrovascular \_\_\_\_\_

**Pruebas anteriores:**

<b>Prueba</b>	<b>Cuando</b>	<b>Dónde</b>
MRI cerebral	_____	_____
CT Scan	_____	_____
PET Scan	_____	_____
SPECT Scan	_____	_____
EEG de Rutina	_____	_____
Monitorado de vídeo-EEG	_____	_____
EEG Ambulatorio	_____	_____
Otra prueba	_____	_____

**¿Tienes un estimulador del nervio vago?** Sí No ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez has estado en la dieta cetogénica?** Sí No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**¿Ha tenido cirugía para la epilepsia?** Sí No Especificar: \_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_

**Medicamentos para su epilepsia**

Medicamento	Dosis de la mañana	Dosis de la tarde	Dosis de la noche	¿Desde cuándo?

**Anterior medicamentos anticonvulsivos** ¿Cuándo y por qué se detuvo?

- ACTH/Esteroides \_\_\_\_\_
- Ativan (Lorazepam) \_\_\_\_\_
- Carbatrol (Carbamazepine) \_\_\_\_\_
- Depakene (Valproate) \_\_\_\_\_
- Depakote (Valproate) \_\_\_\_\_
- Depakote ER (Valproate) \_\_\_\_\_
- Diamox (Acetazolamide) \_\_\_\_\_
- Diastat (Diazepam) \_\_\_\_\_
- Dilantin (Phenytoin) \_\_\_\_\_
- Frisium (Clobazam) \_\_\_\_\_
- Gabitril (Tiagabine) \_\_\_\_\_
- Keppra (Levetiracetam) \_\_\_\_\_
- Klonopin (Clonazepam) \_\_\_\_\_
- Lamictal (Lamotrigine) \_\_\_\_\_
- Lyrica (Pregabalin) \_\_\_\_\_
- Mysoline (Primidone) \_\_\_\_\_
- Neurontin (Gabapentin) \_\_\_\_\_
- Phenobarbital \_\_\_\_\_
- Phenytek (Phenytoin) \_\_\_\_\_
- Rufinamide (Banzel) \_\_\_\_\_
- Sabril (Vigabatrin) \_\_\_\_\_
- Tegretol (Carbamazepine) \_\_\_\_\_
- Tegretol XR (Carbamazepine) \_\_\_\_\_
- Topamax (Topiramate) \_\_\_\_\_
- Trileptal (Oxcarbazepine) \_\_\_\_\_
- Valium (Diazepam) \_\_\_\_\_
- Vimpat (Lacosamide) \_\_\_\_\_
- Zarontin (Ethosuxamide) \_\_\_\_\_
- Zonegran (Zonisamide) \_\_\_\_\_

**Otros medicamentos**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Historia Social:**

Tabaco:      Sí    No    ¿Cuánto?: \_\_\_\_\_

Alcohol:     Sí    No    ¿Cuánto?: \_\_\_\_\_

Drogas:      Sí    No    Especifique: \_\_\_\_\_

Conducción: Sí    No

Educación: \_\_\_\_\_

Trabajo actual: \_\_\_\_\_

Fecha de la última  
menstruación : \_\_\_\_\_

Planificación del embarazo:    Sí    No

Nombre: \_\_\_\_\_

**Historia Familiar:** (Indicar las enfermedades presentes en su familia. P: Padre, M: Madre, Ha: Hermana, Ho: Hermano, C: Primos, O: Otra)

<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Piedras en los riñones	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Cirugía cerebral
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Problemas hepáticos
				<input type="checkbox"/> Otros

**Historia Medica/Quirúrgica** (Marque todos los que sean aplicable):

<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Abortos involuntarios	<input type="checkbox"/> Apéndice	<input type="checkbox"/> Próstata	<input type="checkbox"/> Cancer: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/> Ulcera	<input type="checkbox"/> Enfermedad /pierda en los riñones	<input type="checkbox"/> Vesícula biliar	<input type="checkbox"/> C-Sección	<input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> Cirugía de mama	<input type="checkbox"/> Otros: _____
<input type="checkbox"/> Migrañas/jaquecas	<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Histerectomía	<input type="checkbox"/> Cirugía de cerebro	_____

**Revisión de los síntomas** (Marque todos los que sean aplicable)

General de Salud

Cansancio  
 Fiebre  
 Sudores nocturnos  
 Aumento de peso  
 Pérdida de peso

Sistema visual

Visión borrosa  
 Doble visión  
 Disminución de la visión  
 Dolor en los ojos  
 Enrojecimiento de los ojos  
 Alucinaciones visuales  
 Pérdida visual

Sistema auditivo

Pérdida de audición  
 Zumbido  
 Mareo

Piel

Lunares grandes  
 Erupción  
 La caída del cabello

Gastrointestinales

Dolor de estómago  
 Diarrea  
 Estreñimiento  
 Pérdida de apetito  
 Heces negros heces  
 Sangre en las heces  
 Náuseas  
 Vómitos

Respiratorio

Tos crónica  
 Dificultad para respirar  
 Toser sangre

Cardiovasculares

Dolor en el pecho  
 Hinchazón del tobillo  
 Palpitaciones

Trastornos

musculoesqueléticos

Dolor en la coyunturas  
 Inflamación de las articulaciones  
 Rigidez articular  
 Dolor muscular

Cabeza y Cuello

Congestión nasal  
 Dolor en el cuello  
 Rigidez en el cuello  
 Alergias estacionales  
 Dolor sinusal  
 Problemas de las encías

Genitourinario

Sangre en la orina  
 Dificultad para orinar  
 Dolor durante la micción  
 Dificultad contener la orina  
 Despertar por la noche para orinar  
 Disfunción eréctil  
 PMS

Psiquiátricos

Ansiedad  
 Depresión  
 Ataques de pánico  
 Irritabilidad  
 Tristeza interior  
 Pérdida de los placeres habituales  
 Agresión  
 Inquietud

Síntomas del sueño

Somnolencia durante el día  
 Fatiga durante el día  
 Despertares frecuentes  
 Dificultad para conciliar el sueño  
 Dificultad para permanecer dormido  
 Ronquidos  
 Movimientos de las piernas durante el sueño  
 Piernas inquietas  
 Hablar durante el sueño  
 Sonambulismo

Neurológicos

Dolor de cabeza  
 Dificultad para caminar  
 Inestabilidad  
 Mala coordinación  
 Problemas de memoria  
 Problemas de concentración  
 Dificultad para encontrar palabras  
 Dificultad para hablar  
 Entumecimiento  
 Hormigueo  
 Debilidad  
 Temblor en las manos

Otros: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna pregunta o preocupación que le gustaría discutir durante la visita de hoy?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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



## **Cuestionario Social**

*Sus respuestas nos ayudarán a entender mejor sus necesidades sociales y emocionales.*

**Nombre:** \_\_\_\_\_

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

### **1) Edad:**

- Tengo 21-27
- Tengo 28-35
- Tengo 36-42
- Tengo 43-50
- Tengo 50+

### **2) Estado Marital:**

- Soy soltero/a
- Soy casado/a
- Soy separado/a
- Soy divorciado/a
- Tengo una pareja

### **3) Vivienda:**

- Vivo solo/a
- Vivo con mi esposo/a o pareja
- Vivo con mi esposo/a o pareja e hijo/s
- Vivo con mis padres
- Otro

### **4) Trabajo:**

- Trabajo tiempo completo/parcial
- Soy estudiante
- Soy ama de casa
- No puedo encontrar trabajo
- Mi salud no me permite trabajar

**5) Comunicación telefónica:**

- Hablo por teléfono con amigo/as o parientes a diario
- Hablo por teléfono con amigo/as o parientes semanalmente
- Hablo por teléfono con amigo/as o parientes mensualmente
- No hablo por teléfono con amigo/as o parientes
- No tengo acceso a teléfono

**6) Computadora:**

- Socializo o me comunico con amigo/as o parientes a través de la computadora a diario
- Socializo o me comunico con amigo/as o parientes a través de la computadora semanalmente
- Socializo o me comunico con amigo/as o parientes a través de la computadora mensualmente
- No socializo ni me comunico con amigo/as o parientes a través de la computadora
- No tengo acceso a una computadora o no sé usar la computadora

**7) Uso de computadora:**

- Uso la computadora 0-7 horas por semana
- Uso la computadora 8-15 horas por semana
- Uso la computadora 16-23 horas por semana
- Uso la computadora mas de 24 horas por semana
- No tengo acceso a una computadora o no sé usar la computadora

**8) Cuando uso la computadora, socializo a través de:**

- Facebook, Twitter (por favor marque todos los que usa)
- Blogs de epilepsia, Foros, sitios de charla (por favor marque todos los que usa)
- Sitios para encontrar pareja
- No socializo a traves de la computadora
- Otro (por ejemplo Shespeaks.com)

**9) Tiempo con amigos:**

- Paso tiempo con mis amigo/as todas las semanas
- Paso tiempo con mis amigo/as mensualmente
- Paso tiempo con mis amigo/as una vez al año
- No paso tiempo con amigo/as
- No tengo amigos/as

**10) Tiempo con Parientes:**

- Veo a mis parientes todas las semanas
- Veo a mis parientes mensualmente
- Veo a mis parientes una vez al año
- No veo a mis parientes
- No tengo parientes

**11) Tiempo con compañeros de trabajo:**

- Socializo con mis compañeros de trabajo todos los días
- Socializo con mis compañeros de trabajo todas las semanas
- Socializo con mis compañeros de trabajo una vez por año
- No socializo con mis compañeros de trabajo
- No trabajo

**12) Me gusta estar solo:**

- Siempre
- La mayor parte del tiempo
- A veces
- Solo cuando no me siento bien
- Nunca

**13) Cuando tengo tiempo libre, me gusta:**

- Ir al cine, a un evento deportivo o a comer afuera
- Mirar la televisión, leer o jugar juegos en la computadora
- Hacer ejercicio o pasar tiempo al aire libre
- Invitar amigo/as o parientes a la casa a pasar un rato
- Dormir o hacer nada

**14) Lo siguiente me es un obstáculo para socializar:**

- Estigma Social (ejemplo, las personas evitan estar alrededor de una persona que tiene epilepsia)
- El no poder beber alcohol
- El no poder conducir un automóvil
- Los efectos secundarios de las medicaciones
- Nada me limita

**15) Prefiero socializar con:**

- Cualquiera
- Otras personas que tienen epilepsia
- Personas que no tienen epilepsia pero que saben de mi condición
- Personas que no tienen epilepsia y que no saben de mi condición
- No quiero socializar

**16) Lo que más me beneficiaría sería:**

- Un grupo de apoyo o educacional en la computadora
- Un grupo de apoyo o educacional en el teléfono
- Un grupo de apoyo o educacional en un hospital u oficina
- Una salida social con otros pacientes con epilepsia
- Ofrecer mi tiempo como voluntario/a para ayudar a otros que tienen epilepsia