

INFORME DE EVALUCIÓN PARA PERSONAS CON EPILEPSIA

Deberá ser completado por el médico tratante con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria en caso de requerirlo.

| | |
|--------------------------|--|
| APELLIDO Y NOMBRE | |
| DNI | |

1. **ENFERMEDAD DE BASE** (si la hubiera):

2. **ESPECIFICAR TIPO DE CRISIS:**

3. **TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LAS CRISIS:**

4. **FRECUENCIA DE LAS CRISIS: marcar con una cruz**

DIARIA: SEMANALES: MENSUALES: OTRAS (ESPECIFICAR).....

5. **TRATAMIENTOS RECIBIDOS** (especificar drogas, dosis utilizadas y el tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos).

| ESQUEMA DE TTO 1 | ESQUEMA DE TTO 2 | ESQUEMA DE TTO 3 |
|------------------|------------------|------------------|
| | | |

6-TRATAMIENTO ACTUAL (especificar drogas, dosis y el tiempo de duración del tratamiento actual).

| ESQUEMA TERAPÉUTICO ACTUAL |
|----------------------------|
| |

7- ADJUNTAR INFORMES DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS PARA ABORDAR AL DIAGNÓSTICO (los que posea independientemente de la fecha).

8-RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETO (Antecedentes, estado actual, pronóstico etc)

FECHA:/...../.....

.....
Firma y sello del médico tratante.