

Cuestionario de Epilepsia

Por favor, llene a mano, con letra de molde y tinta negra por el **Solicitante y Médico tratante**.

No omita ningún dato ni utilice abreviaturas.

Este formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras.

Para ser llenado por el Solicitante			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre (s)	Edad

Para ser llenado por el Médico tratante		
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre (s)
Cédula Profesional		

(Marque con una X la respuesta que aplique)		
1.- Etiología:		
- Primaria (idiopática)	()	
- Secundaria	()	
2.- ¿Qué tipo de crisis (convulsiones) presenta?		
- Crisis de ausencia	()	
- Mioclónica	()	
- Tónica - Clónica	()	
- Asociadas a fiebre	()	
3.- Número de crisis (convulsiones) al mes, previas al diagnóstico y tratamiento:		
- De 1 a 3	()	
- De 4 a 8	()	
- Más de 8	()	
4.- ¿Cuántos años de diagnóstico tiene?		
- Menos de 1 año	()	
- De 1 a 3 años	()	
- De 4 a 10 años	()	
- Más de 10 años	()	
5.- Número de crisis (convulsiones) al mes, posterior al diagnóstico y tratamiento:		
- Ninguna	()	
- De 1 a 3	()	
- Más de 4	()	
6.- ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde las últimas crisis (convulsiones)?		
- Menos de 12 meses	()	
- De 13 a 24 meses	()	
- Más de 24 meses	()	

7.- ¿Tiene complicaciones asociadas a la epilepsia?	
- Sí	()
- No	()
8.- Actualmente, ¿cuántos medicamentos toma?	
- Ninguno	()
- Uno	()
- Dos	()
- Más de dos	()
9.- Enliste los nombres de los medicamentos (con dosis y frecuencia) que actualmente toma.	

CONSENTIMIENTO

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial S.A.B. (GNP), el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles proporcionados en este cuestionario. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página gnp.com.mx. Por lo anterior:

Solicitante

- Si consiento dicho tratamiento No consiento dicho tratamiento

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial S.A.B se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral, disponible en gnp.com.mx

Este cuestionario forma parte integrante de la Solicitud a la que se adiciona.

FIRMAS	Bajo protesta de decir verdad, declaro que el contenido de este cuestionario es cierta y, bajo el principio de la buena fe, he (hemos) llenado este formato de mi (nuestro) puño y letra.	
	Firma del Solicitante	Firma del Médico Tratante