

Membrete con el logo de Santa Fe Provincia y Ministerio de Igualdad y Desarrollo Humano

## **INFORME DE EVALUACIÓN PARA PERSONAS CON EPILEPSIA**

Deberá ser completado por el médico tratante con letra clara, firmado, con sello y fecha (de los últimos 12 meses).

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

<b>APELLIDO Y NOMBRE</b>	
<b>DNI</b>	

**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).

<b>ESQUEMA DE TTO 1</b>	<b>ESQUEMA DE TTO 2</b>	<b>ESQUEMA DE TTO 3</b>

Membrete con el logo de Santa Fe Provincia y Ministerio de Igualdad y Desarrollo Humano

**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.**

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

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

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

- **Presentar copia del DNI del beneficiario.**
- **Para menores de 16 años agregar copia del DNI del padre, madre, tutor o curador designado judicialmente.**
- **Si tiene Obra Social, copia del carnet.**