

## INFORME DE EVALUACIÓN 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.

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <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).

| 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.**