

SEIZURES (CONVULSIONES)

¿Con qué frecuencia tiene convulsiones? Marque una opción y complete el espacio en blanco cuando corresponda.

- ___ veces por mes ___ veces por año
- ___ veces por día ___ veces por semana
- No lo sé

¿A qué hora del día ocurren las convulsiones? Marque todas las opciones que correspondan.

- Mañana Tarde Noche

¿Cuánto tiempo duran, en general, las convulsiones?

¿Experimenta alguno de los siguientes síntomas mientras tiene una convulsión? Marque todas las opciones que correspondan.

- Espasmos musculares Sensaciones fuertes de déjà vu
- Ver, oler, saborear, oír o sentir cosas que no existen Rigidez muscular
- Confusión Comportamientos repetitivos
- Convulsiones Movimientos musculares involuntarios
- Aura Pérdida del conocimiento
- Otros: _____

TREATMENT (TRATAMIENTO)

En una escala del 1 al 10, ¿qué tan bien funciona(n) su(s) medicamento(s) actual(es) para la epilepsia? Encierre en un círculo una opción.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(no funciona[n]) (funciona[n] muy bien)

¿Qué efectos secundarios (si los hay) está experimentando con sus medicamentos para la epilepsia actuales? Marque todas las opciones que correspondan.

- Mareos Somnolencia
- Dolor de cabeza Cambios en el comportamiento
- Visión doble Otros: _____

Desde que comenzó su tratamiento actual, ¿disminuyó la frecuencia de las convulsiones? Marque una opción.

- SÍ NO

¿Ha omitido alguna dosis últimamente? Marque una opción.

- SÍ NO No lo sé

Si la respuesta es sí, ¿por qué? _____

Si es así, ¿con qué frecuencia? _____

EMOTIONAL IMPACT (EFECTO EMOCIONAL)

¿Ha notado algún cambio en el estado de ánimo debido a la epilepsia? Marque una opción.

- SÍ NO

Si la respuesta es sí, describa esos cambios.

¿Las convulsiones han afectado sus relaciones con su pareja, familia, amigos u otras personas? Marque una opción.

- SÍ NO

¿Las convulsiones han interferido con su capacidad para mantener un trabajo o ir a la escuela? Marque una opción.

- SÍ NO

Si las convulsiones afectan sus emociones, ¿le gustaría conocer algún recurso que lo ayude a sobrellevarlas?

- SÍ NO

Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de recursos serían útiles?

PERSONAL GOALS (OBJETIVOS PERSONALES)

Para ayudar a alcanzar esos objetivos, ¿estaría interesado en agregar o cambiar su(s) medicamento(s) para la epilepsia? Marque una opción.

- SÍ NO

¿Cuál es su objetivo general para la visita de hoy?

¿Cuáles son sus objetivos generales para el próximo año?

SAFETY (SEGURIDAD)

¿La epilepsia lo frena a la hora de realizar actividades cotidianas? Marque una opción.

- SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuáles son las actividades?

¿Toma las precauciones de seguridad necesarias al realizar actividades cotidianas? En caso afirmativo, ¿cuáles son?

¿Está al tanto de la muerte súbita inesperada en la epilepsia (sudden unexplained death in epilepsy, SUDEP [por sus siglas en inglés])? Marque una opción.

- SÍ NO

Tenga en cuenta las siguientes precauciones de seguridad: siga la guía del médico y las leyes estatales con respecto a la conducción, tome duchas en lugar de baños, no nade solo, no escale y evite operar maquinaria peligrosa.

Comparta siempre sus preocupaciones sobre la epilepsia con su médico. Juntos, pueden crear un plan de tratamiento que funcione para usted.