

## 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.