

## 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?

## 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: \_\_\_\_\_

¿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: \_\_\_\_\_

## 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

## 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

## 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?

¿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?

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

¿Cuáles son sus objetivos generales para el próximo año?

¿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.