

Informe Médico

1-. Nombre del paciente

2-. Fecha de la primera consulta

3-. Fecha en que aparecieron los primeros síntomas

4-. Descripción y duración del cuadro clínico inicial

5-. ¿Fue de principio agudo o insidioso?

6-. ¿Fue consecutivo a traumatismo cráneo-encefálico?
 Si No
Fecha
Circunstancias

7-. Resultado de los estudios de laboratorio y gabinete practicados, en especial angiografías, tomografías o cualquier otro método de imagen utilizado
Fecha
Resultados

8-. Diagnóstico establecido

9-. ¿Hubo secuelas neurológicas? Si No
¿Cuáles?

¿Por cuánto tiempo?

10- ¿Fuma o fumaba el paciente?

Si No

Fecha de inicio

Número de cigarros al día

Fecha en que dejó de hacerlo

11- ¿Había presentado el paciente hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad vascular, enfermedad cardiaca o cualquier otra enfermedad relacionada con la enfermedad cerebro-vascular?

Si No

Fecha

Diagnóstico

12- ¿Había tenido el paciente con anterioridad episodios de isquemia transitoria o enfermedad cerebro-vascular?

Si No

Fecha

Diagnóstico

13- ¿Estuvo el paciente recluido en su domicilio o en algún hospital?

Si No

Fecha de entrada

Fecha de salida

Denominación y domicilio del hospital

14- ¿Qué tratamiento tuvo?

15- Otros médicos que atendieron al paciente

Nombre

Domicilio Teléfono

Nombre

Domicilio Teléfono

Nombre

Domicilio Teléfono

16- Observaciones

Lugar y fecha

Firma

Nombre del médico

Domicilio

Registro S.S.A. Teléfono

Cédula profesional

Le agradeceremos proporcionarnos con carácter devolutivo, copia de los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete practicados.