



(Para ser llenado por su médico tratante.)

**Forma parte integrante de la solicitud de seguro presentada por:**

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

1.- Indique fecha de la primera crisis: \_\_\_\_\_

2.- ¿Qué tipo de epilepsia se le diagnosticó? \_\_\_\_\_

3.- ¿Cuáles son los síntomas que presenta cuando le dan las crisis? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.- Indicar número de crisis que se le han presentado en el año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.- ¿Ha tenido estatus epiléptico o varias crisis en el mismo día? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.- Fecha de la última crisis \_\_\_\_\_

7.- ¿Qué medicamento ha recibido en los últimos 2 años y cuál recibe en la actualidad? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8.- ¿Cuál ha sido la respuesta al tratamiento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9.- Suplicamos a usted se sirva facilitarnos con carácter devolutivo los últimos estudios (Tomografía axial computarizada y/o electrocardiograma) que le hayan sido practicados, o bien la fecha y resultado de los mismos

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nota: En caso de no tener médico tratante, este cuestionario deberá ser contestado por el solicitante estampando su firma al calce.**

Registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en oficio No. 06 - 367 - I - 1.1/9019 del 14 de abril de 1993.