



(Para ser llenado por su médico tratante)

1. Indique la fecha de inicio _____

2. ¿Cuál es el número de crisis promedio por año? _____

3. Fecha de la última crisis _____

4. ¿Qué medicamentos recibe en la actualidad? _____

5. ¿Cuál ha sido su respuesta al tratamiento? _____

6. Estado actual _____

Lugar y fecha

Nombre y firma del médico tratante