



# Hoja de Registro de Convulsiones

Nombre:	FDN: (Fecha de Nac.)
Mes/Año:	
Medicamento(s) anticonvulsivos/Dosis/Horario(s):	
Neuroólogo/Médico de cabecera:	
Información de contacto:	

## Instrucciones

Para los pacientes que tienen más de un tipo de convulsiones, de una descripción como se indica abajo. Por ejemplo, para el Tipo de Convulsión A, una convulsión tónico-clónica puede ser descrita como: "paciente cae al suelo, tiene rigidez y espasmos en las cuatro extremidades y está inconsciente durante todo el evento". Entonces, la letra que corresponde al "Tipo de Convulsión" puede usarse para indicarla en la tabla de seguimiento a continuación. Describir cualquier síntomas y/o condiciones inusuales en la sección "Notas/Evento(s) que lo causaron"

Tipo de Convulsión	Descripción
A	
B	
C	

Fecha/Hora	Duración	Tipo de Convulsión (Ver arriba)	Medicamento(s) Administrado(s)	Signos Vitales	Iniciales
	____ mins. ____ segs.				
Notas/Evento(s) que lo causaron:				A quién se le informó:	

Fecha/ Hora	Duración	Tipo de Convulsión (Ver arriba)	Medicamento(s) Administrado(s)	Signos Vitales	Iniciales
	____ mins. ____ segs.				

Notas/Evento(s) que lo causaron:

A quién se le informó:

Fecha/ Hora	Duración	Tipo de Convulsión (Ver arriba)	Medicamento(s) Administrado(s)	Signos Vitales	Iniciales
	____ mins. ____ segs.				

Notas/Evento(s) que lo causaron:

A quién se le informó:

Fecha/ Hora	Duración	Tipo de Convulsión (Ver arriba)	Medicamento(s) Administrado(s)	Signos Vitales	Iniciales
	____ mins. ____ segs.				

Notas/Evento(s) que lo causaron:

A quién se le informó:

Seizure Tracking (Established)



Office of Developmental Primary Care • UCSF Department of Family and Community Medicine • 500 Parnassus Avenue, MUE318, Box 0900  
San Francisco, CA 94143 • Tel: (415) 476-4641 • Fax: (415) 476-6051 • Email: [odpc@fcm.ucsf.edu](mailto:odpc@fcm.ucsf.edu) • Web: <http://odpc.ucsf.edu>