Penta Vida

CUESTIONARIO DEL NEURÓLOGO/NEUROCIRUJANO

Este Cuestionario es confidencial y debe ser completado por tu médico tratante

Nombre completo paciente: _____
RUT paciente: _____
Edad paciente: _____

1. Diagnóstico y/o procedimiento realizado

Por favor, identifique el diagnóstico y/o el procedimiento del paciente, con los datos requeridos en el recuadro:

	Si	No	Diagnóstico/Fecha de Diagnóstico / Procedimiento
Accidente Cerebro Vascular	○	○	
Esclerosis Múltiple	○	○	
Neurocirugía	○	○	
Parálisis secundaria al daño de la Médula Espinal	○	○	
Otro	○	○	

Complete sólo el ítem relacionado al diagnóstico y/o procedimiento indicado en la pregunta anterior

1.1 En caso de Accidente Cerebro Vascular

Fecha de inicio y tiempo de duración de los síntomas	
Descripción de los Síntomas	

	Si	No	Detalle
¿Las neuro-imágenes se encuentran alteradas?	○	○	
¿Existe infarto del tejido cerebral?	○	○	

¿Existe hemorragia intra-craneal o subaracnoidea y aneurismática?	○	○	
¿Síntomas cerebrales de migraña?	○	○	
¿Lesión cerebral por traumatismo o hipoxia?	○	○	
¿Enfermedad Vascular afecta al ojo o al nervio óptico?	○	○	
¿Presenta alteraciones isquémicas del sistema vestibular?	○	○	

1.2 En caso de Esclerosis Múltiple

	Si	No	Detalle
¿Presenta desmielinización del sistema nervioso central?	○	○	
Ubicación de las lesiones	○	○	
¿Ha tenido más de un episodio?	○	○	

1.3 En caso de Neurocirugía

Órgano intervenido	
Esta cirugía ¿corrige Hernia del Núcleo Pulposo o Túnel Carpiano?	
Fecha del diagnóstico que dio origen a la Neurocirugía	

1.4 En caso de Parálisis secundaria al daño de la Médula Espinal

	Detalle
¿Qué miembros fueron afectados por parálisis?	

¿Cuál es la causa de la parálisis?	

1.5 Otros

	Detalle
Diagnóstico y/o Procedimiento	
Causa (indicar fecha)	

2. Enfermedades Asociadas

Si el paciente presenta comorbilidades indicar el diagnóstico y la fecha de diagnóstico de cada una

Diagnóstico	**Fecha de Diagnóstico**

3. Datos del profesional

Nombre completo del médico: _____

RUT: _____ Fecha: _____

Firma: _____ N° de Registro: _____

Timbre: _____

El cliente declara que las respuestas anteriores son verídicas y forman parte de la evaluación del siniestro y acepta que las mismas formen parte del resultado de la liquidación del siniestro.

_____ _____

Fecha **Firma cliente**