



Este manual está ideado para que:

- El médico tenga la información correcta para el llenado de la hoja de captura del Registro del Programa Prioritario de Epilepsia.

Tabla de contenido

Antes de comenzar...	2
Datos generales	2
Diagnóstico	3
Estudios	5
Tratamiento	6
Datos especiales	7
Atención médica	8

Registro de Pacientes del Programa Prioritario de Epilepsia

Manual de instrucciones para el llenado de Hoja de captura



ANTES DE COMENZAR...



Programa Prioritario de Epilepsia

El PPE fue creado con base al acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación del 24 de octubre de 1984, en donde se dispuso el establecimiento de coordinaciones de proyectos prioritarios de salud, creándose así el **Programa Prioritario de Epilepsia** y su consejo técnico, integrado por representantes del Sector Salud: SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX y diversos Hospitales Universitarios del país, así como representantes de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Politécnico Nacional.

La función primordial del Programa Prioritario de Epilepsia es la de normar, coordinar, sistematizar y optimizar las estrategias y acciones a favor del enfermo que padece epilepsia, así como de su familia y de la sociedad.

Registro de Programa Prioritario de Epilepsia

Para seguir nuestro compromiso de generar acciones en pro del conocimiento sobre la epilepsia, se decidió crear un registro que nos ayude a darle seguimiento a nuestros pacientes y a la vez aporte información sobre la enfermedad.

La información que se presenta en este documento se basa en la versión digital de la misma, que se encuentra en la página del registro <http://www.epilepsiamexico.mx>, y la hemos elaborado con el fin de ayudarle paso a paso en el llenado del Registro de pacientes, ya sea en la versión electrónica, como en la hoja de captura en papel. Es muy importante que la lea detenidamente y cualquier duda le pedimos nos informe, ya que necesitamos que la información sea correcta y completa.

El registro se encuentra dividido en seis secciones: datos generales, diagnóstico, estudios, tratamientos, datos especiales y atención médica. Cada sección será presentada con sus particularidades para completar correctamente el formulario. Esperamos que les sea de ayuda y que se despejen las dudas que le pueda surgir al realizar el registro de los pacientes.

DATOS GENERALES

En esta sección se proporciona la información general del paciente.

Para comenzar, se debe de colocar el nombre del CENTRO PPE al que pertenecen el médico y el paciente.

Centro PPE:

Datos generales

*A Paterno:	A Materno:	*Nombre(s):	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	Edad:	CURP:	Género: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
Escolaridad del paciente: <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Educación especial <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Preparatoria/Bachillerato <input type="radio"/> Licenciatura <input type="radio"/> Posgrado			
Antecedente familiar de epilepsia: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Cuánto tiempo lleva con su epilepsia? <input type="radio"/> <6 meses <input type="radio"/> de 6-12 meses <input type="radio"/> años (anotar cuantos):		
Teléfono de contacto:	Correo de contacto:	¿Es atendido en México? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
¿Desea recibir información de su enfermedad por correo electrónico? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			

Continuando con la sección, es importante notar que algunas casillas presentan un *, en este caso “Apellido Paterno” y “Nombre”, este símbolo indica que es OBLIGATORIO contar con esta información en el registro.

Al final de la sección se requiere marcar si el paciente está interesado en recibir información sobre su enfermedad.

La siguiente sección se refiere al diagnóstico del paciente y se divide en seis secciones, la primera es “Nivel I Diagnóstico”, en donde seleccionará el **TIPO DE CRISIS** que presenta el paciente, con las siguientes opciones: focal o focal a bilateral tónico clónico, generalizada, inicio desconocido y no clasificada.



DIAGNÓSTICO

Para cada tipo de crisis podrá seleccionar el tipo de inicio que tiene el paciente. En caso de inicio focal, deberá marcar si está consciente o con consciencia alterada, si es de síntoma motor o no motor y la característica propia de cada crisis.

Diagnóstico	
Nivel I Diagnóstico:	
<input type="radio"/> Focal	<input type="radio"/> Consciente <input type="radio"/> Consciencia alterada
	<input type="radio"/> Motor <input type="radio"/> Automatismo <input type="radio"/> Clónica <input type="radio"/> Hipercinética <input type="radio"/> Tónica <input type="radio"/> Atónica <input type="radio"/> Espasmo epiléptico <input type="radio"/> Mioclónica <input type="radio"/> Otro descriptor común:
	<input type="radio"/> No motor <input type="radio"/> Detener conducta <input type="radio"/> Autonómica <input type="radio"/> Sensorial <input type="radio"/> Emocional <input type="radio"/> Cognitiva <input type="radio"/> Otro descriptor común (Revise el manual para conocer otros descriptores):
	<input type="radio"/> FOCAL A BILATERAL TÓNICO CLÓNICO
<input type="radio"/> Generalizada	<input type="radio"/> Motor <input type="radio"/> Tónico-clónico <input type="radio"/> Clónico <input type="radio"/> Tónico <input type="radio"/> Mioclónico <input type="radio"/> Mioclónico-tónico-clónico <input type="radio"/> Mioclónico atónico <input type="radio"/> Atónico <input type="radio"/> Espasmo epiléptico
	<input type="radio"/> Ausencia <input type="radio"/> Típica <input type="radio"/> Atípica <input type="radio"/> Mioclónica <input type="radio"/> Mioclónica palpebral
<input type="radio"/> Inicio desconocido	<input type="radio"/> Motor <input type="radio"/> Tónico-clónico <input type="radio"/> Espasmo epiléptico <input type="radio"/> Otro:
	<input type="radio"/> No motor <input type="radio"/> Detener conducta <input type="radio"/> Otro:
<input type="radio"/> No clasificada	

En el tipo de crisis Focal, tanto en el inicio de crisis motor y no motor, existe la opción de “Otro descriptor común”.

Si desea anotar otro descriptor común revise la lista siguiente donde vienen los descriptores más comunes y regístrelo en la línea correspondiente, si no viene en la lista puede anotar el síntoma/signo específico que tiene su paciente.

<input type="radio"/> Motor	<input type="radio"/> Automatismo <input type="radio"/> Clónica <input type="radio"/> Hipercinética <input type="radio"/> Tónica <input type="radio"/> Atónica <input type="radio"/> Espasmo epiléptico <input type="radio"/> Mioclónica <input type="radio"/> Otro descriptor común:
-----------------------------	--

Descriptores comunes de conductas durante las crisis focales MOTOR		
MOTOR		AUTOMATISMOS
Arresto	Hipercinético	Agresión
Astático	Incoordinación	Manual
Disartria	Jacksoniano	Oro-facial
Distónico	Parálisis	Perseverancia
Postura de espadachín	Paresia	Sexual
Figura de 4	Pedaleo	Desvestirse
Clónico	Empuje pélvico	Vocalización
Hipocinético	Versivo	Caminar / correr

Registro de Pacientes del Programa Prioritario de Epilepsia

Manual de instrucciones para el llenado de Hoja de captura



No motor
 Detener conducta
 Autonómica
 Sensorial
 Emocional
 Cognitiva
 Otro descriptor común (Revise el manual para conocer otros descriptores): ←

Descriptores comunes de conductas durante las crisis focales—NO MOTOR						
COGNICITIVOS		SENSORIAL	AUTONÓMICO		EMOCIONAL O AFECTIVO	
Acalculia	Ilusiones	Auditivo	Visual	Gastrointestinal	Piloerección	Risa
Afasia	Jamás visto	Gustatorio	Asistolia	Calor	Agitación	Paranoia
Alteración de atención	Alteración de memoria	Olfatorio	Bradicardia	Hiperventilación	Enojo	Placer
Ya visto	Negligencia	Somatosensorial	Frío	Hipoventilación	Ansiedad	Llanto
Disfasia	Pensamiento forzado	Vestibular	Erección	Nausea o vómito	Miedo	
Alucinaciones	Respuesta alterada		Rubicundez	Palidez		

Al final de esta primera sección existe la opción de “Otro tipo de crisis”. En caso de que el paciente presente más de un tipo de crisis marque la opción y tome otra hoja de captura, anote solo el nombre del paciente en la sección de Datos Generales y marque el otro tipo de crisis, engrapando la segunda hoja a la primera. Puede realizar esto las veces que sea necesario en caso de pacientes con varios tipos de crisis. Después de este paso, siga llenando la información de la primera hoja.

Otro tipo de crisis

A continuación, existen cinco secciones, tres OBLIGATORIAS: *tipo de epilepsia (nivel II de diagnóstico), *etiologías y *comorbilidades. Las dos restantes son síndrome epiléptico nivel III que deberá llenar si tiene el dato y control de crisis, que es necesario la respuesta.

*Tipo de Epilepsia Nivel	<input type="radio"/> Focal <input type="radio"/> Generalizada <input type="radio"/> Combinada Focal y Generalizada <input type="radio"/> Desconocida <input type="radio"/> Deseo compartir la información en la APP
Síndrome Epiléptico Nivel III	<input type="radio"/> Ohtahara <input type="radio"/> West <input type="radio"/> Lennox-Gastaut <input type="radio"/> Doose <input type="radio"/> Dravet <input type="radio"/> Ausencia infantil <input type="radio"/> Ausencia juvenil <input type="radio"/> Janz <input type="radio"/> Janz <input type="radio"/> Rolándica <input type="radio"/> Jeavons <input type="radio"/> Panayiotopoulos <input type="radio"/> Deseo compartir la información en la APP
*Etiologías	<input type="radio"/> Estructural <input type="radio"/> Genética <input type="radio"/> Infecciosa <input type="radio"/> Metabólica <input type="radio"/> Inmune <input type="radio"/> Desconocida <input type="radio"/> Deseo compartir la información en la APP
*Comorbilidades	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Psicosis <input type="radio"/> Lenguaje <input type="radio"/> Ansiedad <input type="radio"/> Autismo <input type="radio"/> Aprendizaje <input type="radio"/> Depresión <input type="radio"/> Trastorno motor <input type="radio"/> Procesamiento sensorial <input type="radio"/> TDAH <input type="radio"/> Discapacidad intelectual <input type="radio"/> Migraña <input type="radio"/> Otra:
Control de crisis	<input type="radio"/> 0 crisis por mes <input type="radio"/> 1-3 crisis por mes <input type="radio"/> 4 a 6 crisis por mes <input type="radio"/> 7- 10 crisis por mes <input type="radio"/> Más de 10 crisis por mes

NOTA IMPORTANTE: En varias secciones encontrará la opción de “Deseo compartir la información en la APP”. Si usted lo marca y en el caso de que el paciente cuente con la aplicación del registro, al seleccionar esta opción, ellos podrán conocer esta información y se mantendrá en su APP.



ESTUDIOS

La sección está constituida por tres tipos de estudios: estudios de laboratorio, electroencefalograma y estudios de imagen y otros. Las tres secciones están marcadas como OBLIGATORIAS de completar, pero la obligatoriedad del llenado es solo marcar si el paciente cuenta o no con estos estudios.

Al llenar esta sección, si anota los resultados completos de los estudios de los pacientes, incluyendo fecha o adjuntando un archivo, recuerde anotar si "Desea compartir la información en la APP".

Estudios					
<input type="radio"/> Deseo compartir la información en la APP (Llene todas las opciones que apliquen)					
<input type="radio"/> No deseo compartir la información en la APP (En caso de seleccionar esta opción, únicamente marque SI CUENTA O NO con los Exámenes de Laboratorio)					
*Exámenes de laboratorio:	*Biometría hemática:	<input type="radio"/> No tiene	<input type="radio"/> Sí tiene	Resultado:	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal
	*Prueba de función hepática:	<input type="radio"/> No tiene	<input type="radio"/> Sí tiene	Resultado:	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal
	*Prueba de función renal:	<input type="radio"/> No tiene	<input type="radio"/> Sí tiene	Resultado:	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal
Fecha (dd/mm/aaaa):	Nivel sérico:				

En la sección del Electroencefalograma, tiene la opción de registrar la fecha del último estudio, el tipo de anormalidad y la localización, e incluso si usted quiere puede adjuntar un documento con el reporte del estudio o una muestra del trazo, para ello deberá tener este archivo en su máquina en algún formato de imagen, office o en PDF, en un tamaño no mayor a 2 Mb. para desde ahí archivarlo. Esta opción de adjuntar archivo está disponible para esta sección de Estudios.

Electroencefalograma: *

No se tiene Se tiene

Adjuntar archivo 

Fecha: Normal Anormal

En la sección Estudios de imagen y otros, registre primero si cuenta o no con los estudios, que es el proceso Obligatorio y usted podrá registrar resultados de cada estudio, teniendo la posibilidad de adjuntar archivos. Toda esta información le ayudará a tener los datos completos de su paciente y tendrá que decidir si quiere compartirlos en la APP del paciente. Después de llenar la parte obligatoria, usted podría llenar estos datos en una segunda visita del paciente, si así lo decide

Ninguno

TAC

Normal

normal

Adjuntar archivo 



TRATAMIENTO

La cuarta sección de la hoja de captura corresponde al Tratamiento y se divide en dos: tratamiento previo y tratamiento actual. Esta sección es OBLIGATORIA.

En la sección de Tratamiento previo encontrará un listado de medicamentos, puede marcar tantos medicamentos como sea necesario en base a los que haya tomado su paciente. En caso de que el paciente no haya tenido tratamiento previo, seleccione “Ninguno” y avance a la siguiente sección.

Debe indicar si el tratamiento previo fue abandonado por falta de eficacia o evento adverso y en el caso de ACTH ciclo de esteroides y dieta cetogénica, es posible solo colocar si cumplió el objetivo

Ninguno

ACTH (Hormona adrenocorticotropica)

Cumplió su objetivo

Falta de eficacia

Efecto Adverso

Otro Psiquiat ▼

¿Cuál? ←

Si el tratamiento previo provocó algún efecto adverso, debe de señalar esa opción y en la última columna escribir el tipo de efecto adverso. Para ello, le pedimos se apoye de la siguiente lista

Listado de efecto adverso de fármacos en tratamiento previo para epilepsia			
Astenia / Adinamia	Hematológicos	Pérdida de apetito / peso	Otro gastrointestinal
Baja atención	Ideas suicidas	Psicosis	Otro psiquiátrico
Cardiovasculares	Incremento de crisis	Rash cutáneo	Otro dermatológico
Cefalea	Mareo	Renales	
Conducta	Nausea / Vómito	Somnolencia	
Hepáticos	Oftalmológico	Tiroideo	

En caso de que la opción sea “Otro dermatológico”, “Otro gastrointestinal” u “Otro psiquiátrico”, indicarlo en el espacio de la cuarta columna. Ejemplo: “Otro Psiquiátrico / Alucinaciones”.

Para la sección de **tratamiento actual** del paciente, debe de indicar el tratamiento que está llevando actualmente, puede elegir más de una casilla. En caso de que no lleve un tratamiento, seleccione “Ninguno” y avance a la siguiente sección.

*Tratamiento actual:				
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> CBZ (Carbamacepina)	<input type="checkbox"/> FLN (Fluanrizina)	<input type="checkbox"/> OXC (Oxcarbazepina)	<input type="checkbox"/> STP (Stereptinol)
<input type="checkbox"/> ACTH (Hormona adrenocorticotropica)	<input type="checkbox"/> CLB (Clobazan)	<input type="checkbox"/> GBP (Gabapentina)	<input type="checkbox"/> PB (Fenobarbital)	<input type="checkbox"/> TPM (Topiramato)
<input type="checkbox"/> Ciclo de esteroides	<input type="checkbox"/> CZP (Clonazepan)	<input type="checkbox"/> LCM (Lacosamida)	<input type="checkbox"/> PER (Perampanel)	<input type="checkbox"/> VGB (Vigabatrina)
<input type="checkbox"/> Dieta cetogénica	<input type="checkbox"/> DZP (Diazepam)	<input type="checkbox"/> LEV (Levetiracetam)	<input type="checkbox"/> PGB (Pregabalina)	<input type="checkbox"/> VPA (Valproato)
<input type="checkbox"/> ACZ (Acetazolamida)	<input type="checkbox"/> EsliCBZ (Eslicarbamazepina)	<input type="checkbox"/> LTG (Lamotrigina)	<input type="checkbox"/> PHT (Fenitoína)	<input type="checkbox"/> ZNS (Zonisamida)
<input type="checkbox"/> BRV (Brivaracetam)	<input type="checkbox"/> ESM (Etosuccimida)	<input type="checkbox"/> LZP (Lorazepanm)	<input type="checkbox"/> PRM (Primidona)	
<input type="checkbox"/> CBD (Cannabidiol)	<input type="checkbox"/> FBM (Felbamato)	<input type="checkbox"/> MDL (Midazolam)	<input type="checkbox"/> RUF (Rufinamida)	
<input type="checkbox"/> Ha tenido falta de control de crisis después de dos tratamientos bien tolerados y en dosis adecuadas en monoterapia o en combinación? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				

Nota Importante: Recuerde contestar a la pregunta del final de la sección, ya que nos permitirá conocer a los pacientes fármaco-resistentes.

Registro de Pacientes del Programa Prioritario de Epilepsia

Manual de instrucciones para el llenado de Hoja de captura



DATOS ESPECIALES

Quinta sección de datos especiales debe ser completadas de manera OBLIGATORIA. El primer dato es conocer si ha tenido cirugía de epilepsia, si fuera el caso, seleccionar el tipo de procedimiento. Después las enfermedades concomitantes que no tienen relación directa con su Epilepsia, pero están presentes en el paciente y ya después casos especiales como las mujeres embarazadas o el paciente Recién Nacido con epilepsia. En todos ellos si la respuesta es negativa solo marque esa casilla.

Datos especiales		*Cirugía de Epilepsia <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		
Fecha (dd/mm/aaaa):		Tipo de cirugía:	<input type="radio"/> Callosotamia <input type="radio"/> Estimulador vagal <input type="radio"/> Hemisferectomía	<input type="radio"/> Lesionectomía <input type="radio"/> Resección lóbulo temporal <input type="radio"/> Resección extra temporal
			<input type="radio"/> Resección multilobar <input type="radio"/> Resección transpial <input type="radio"/> Otro:	
*Enfermedades concomitantes				
<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Hepáticas <input type="radio"/> Infecciosas <input type="radio"/> Cardiovasculares <input type="radio"/> Tiroideas <input type="radio"/> Autoinmunes <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Pulmonares <input type="radio"/> Neoplasias <input type="radio"/> Renales <input type="radio"/> Gastrointestinales <input type="radio"/> Otros:				
*¿Embarazada? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		Etapa de embarazo: <input type="radio"/> 1er Trimestre <input type="radio"/> 2o trimestre <input type="radio"/> 3er trimestre		
		Número de embarazo: <input type="radio"/> 1o. <input type="radio"/> 2o. <input type="radio"/> 3er. <input type="radio"/> 4o. <input type="radio"/> 5o. <input type="radio"/> 6o. o más		

En caso de embarazo actual al momento del registro, señale el trimestre del embarazo y el número de embarazo que corresponde.

Es importante que se les dé seguimiento a estos casos. En cita de seguimiento, tiene la posibilidad de registrar el resultado del embarazo y las posibles complicaciones de la madre y el hijo (a).

Termino de embarazo				
<input type="radio"/> Sin complicación <input type="radio"/> Complicado	<input type="radio"/> Complicación en madre	<input type="radio"/> Audiológico <input type="radio"/> Hepática <input type="radio"/> Ginecológica <input type="radio"/> Ortopédica <input type="radio"/> Renal <input type="radio"/> Cardiovascular <input type="radio"/> Infecciosa <input type="radio"/> Neurológica <input type="radio"/> Pulmonar <input type="radio"/> Tiroidea <input type="radio"/> Dermatológica <input type="radio"/> Gastrointestinal <input type="radio"/> Oftalmológica <input type="radio"/> Psiquiátrica <input type="radio"/> Otra:		
	<input type="radio"/> Complicación en el recién nacido	<input type="radio"/> Malformación <input type="radio"/> Dermatológica <input type="radio"/> Gastrointestinal <input type="radio"/> Oftalmológica <input type="radio"/> Psiquiátrica <input type="radio"/> Audiológico <input type="radio"/> Hepática <input type="radio"/> Ginecológica <input type="radio"/> Ortopédica <input type="radio"/> Renal <input type="radio"/> Cardiovascular <input type="radio"/> Infecciosa <input type="radio"/> Neurológica <input type="radio"/> Pulmonar <input type="radio"/> Tiroidea <input type="radio"/> Otra:		

Si el recién nacido presenta crisis epilépticas hay una sección en la que usted podrá seleccionar las opciones que más se adecúen al caso.

*Crisis Epilépticas en el Recién Nacido: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí				
<input type="radio"/> Crisis eléctrica sin signos clínicos	<input type="radio"/> Crisis eléctrica con signos clínicos	<input type="radio"/> Motor	<input type="radio"/> Automatismo <input type="radio"/> Clónica <input type="radio"/> Espasmo epiléptico	
			<input type="radio"/> Mioclónica <input type="radio"/> Tónica <input type="radio"/> Secuencial	
		<input type="radio"/> No motor	<input type="radio"/> Detener conducta <input type="radio"/> Autonómica	
		<input type="radio"/> No clasificada		

En caso de que el recién nacido presente más de un tipo de crisis, debe de marcar "Otro tipo de crisis", y tomar una hoja nueva, marcar su nombre y registrar el otro tipo de crisis, engrapando esa hoja a la principal.

En la última parte de la sección de Datos Especiales, maque si su paciente ha tenido estados epilépticos (EE) y en caso de que así sea el tipo y número de los EE y finalmente los factores que precipitan las crisis en el paciente, si no tiene ningún factor entonces regístrelo así.

*¿Ha presentado estado(s) epiléptico(s)?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Motor	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> más de 5	
		<input type="radio"/> No motor	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> más de 5	
*Factores precipitantes de sus crisis:									
<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Stress	<input type="radio"/> Falta de medicamento	<input type="radio"/> Fiebre	<input type="radio"/> Desvelo	<input type="radio"/> Ciclo menstrual	<input type="radio"/> Infecciones	<input type="radio"/> Alcohol	<input type="radio"/> Otro:	

Registro de Pacientes del Programa Prioritario de Epilepsia

Manual de instrucciones para el llenado de Hoja de captura



ATENCIÓN MÉDICA

La última sección de la hoja de captura es referida a la Atención médica que tiene el paciente.

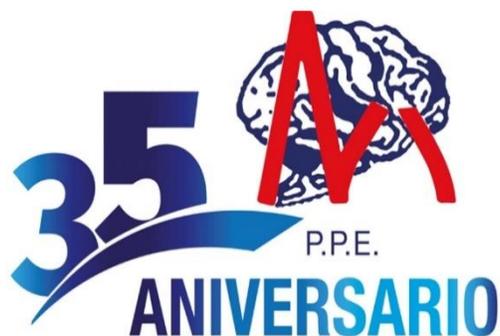
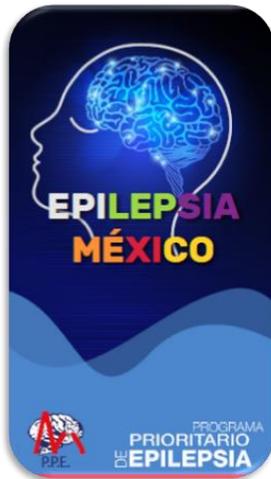
En esta sección los campos son obligatorios en cuatro preguntas concretas:

Saber si la atención médica que recibe el paciente es pública o privada; la segunda conocer el tipo de médico especialista que lo trata, la tercera conocer si el paciente recibe atención de otro médico especialista o terapeuta (puede marcar más de uno) y la cuarta en caso de que el paciente haya lamentablemente fallecido, conocer esa información.

Atención médica *La atención médica para su epilepsia es:				
<input type="checkbox"/> Institucional	<input type="checkbox"/> IMSS	<input type="checkbox"/> ISSSTE	<input type="checkbox"/> SSA	<input type="checkbox"/> SEDENA
<input type="checkbox"/> PEMEX	<input type="checkbox"/> TELETON	<input type="checkbox"/> Hospital Universitario	<input type="checkbox"/> ISSEMYM	<input type="checkbox"/> SEDENA
<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Privada			
*Es atendido por:				
<input type="checkbox"/> Neurólogo	<input type="checkbox"/> Neurologo pediatra	<input type="checkbox"/> Epileptólogo	<input type="checkbox"/> Neurocirujano	<input type="checkbox"/> Internista
<input type="checkbox"/> Pediatra	<input type="checkbox"/> Medico familiar	<input type="checkbox"/> Médico general	<input type="checkbox"/> Otro médico	<input type="checkbox"/> Personal no médico
Nombre del médico que lo atiende				
Institución donde es atendido				
¿Recibe atención por algún otro profesional de la salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
<input type="checkbox"/> Psiquiatra	<input type="checkbox"/> Psicólogo	<input type="checkbox"/> Terapeuta de lenguaje	<input type="checkbox"/> Terapeuta físico	<input type="checkbox"/> Otro terapeuta
<input type="checkbox"/> Otro médico especialista	<input type="checkbox"/> Terapeuta de modificación conductual			
Defunción: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Causa:		

Esperemos que en el presente escrito haya encontrado la solución a las dudas que hayan surgido en el llenado de la Hoja de Captura del Registro del Programa Prioritario de Epilepsia.

El diseño del Registro, la hoja de captura y el presente manual. Son propiedad del Programa Prioritario de Epilepsia México



Para más información sobre Epilepsia vista nuestra página web <http://epilepsiamexico.gob.mx/>

Ingresa a sus pacientes en: <https://epilepsiamexico.mx/login.php>