

Epilepsia/Desmayos

Fecha

Neurology

2829 Babcock Rd., Ste. 436

San Antonio, Tx 78229

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Primer episodio:

Cuánto tiempo duro:

Ultimo episodio:

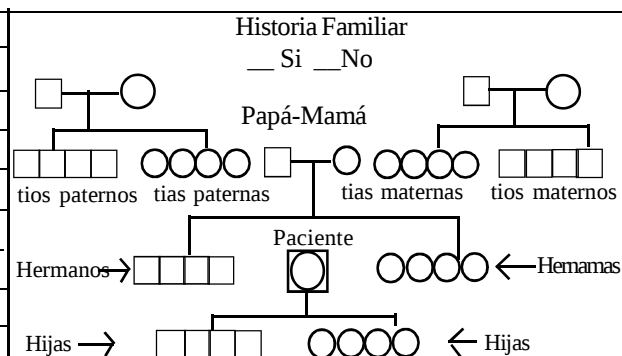
Cada cuánto tiene episodios o cuántos episodios ha tenido en total:

Describe el episodio:

Esta embarazada?

	Fecha:	Lugar:	Resultado:
CT ☐			
MRI ☐			
EEG ☐			
Rayos X ☐			

Alergias:

[illegible]