



HISTORIA DE EPILEPSIA

Ficha clínica para Transición pediatría - adultos

1. Datos del paciente

Nombre y apellido		
DNI		
Fecha de nacimiento	____ / ____ / ____	Edad actual: ____
Fecha de último control	____ / ____ / ____	Profesional: _____
Contacto familiar / cuidador	Nombre: _____ Tel.: _____	
Centro Pediátrico de referencia		

2. Clasificación de la epilepsia

Edad de inicio de la epilepsia	
Tipo de epilepsia	☐ Focal ☐ Generalizada ☐ Combinada focal y generalizada ☐ No clasificada
Síndrome epiléptico	
Etiología	☐ Estructural ☐ Genética ☐ Infecciosa ☐ Metabólica ☐ Inmune ☐ Desconocida
Antecedente de convulsiones febriles	☐ SI ☐ NO
Status epilépticos	☐ SI ☐ NO Cuántos: ____ Fecha del último: ____ / ____ / ____
Libre de crisis actualmente	☐ Sí ☐ No Desde: ____ / ____ / ____
Duración de mayor intervalo sin crisis	

3. Semiología y frecuencia de crisis

Tipo de crisis	Actual / Previa	Descripción breve	Duración	Frecuencia	Postictal / recuperación

4. Estudios complementarios

Sugerencia: pegar o adjuntar informes completos cuando sea posible; en esta ficha colocar solo el hallazgo principal.

Estudio	Fecha	Hallazgo / informe resumido
EEG relevante		
EEG relevante		
Video EEG		
RM de encéfalo		
Estudio genético		
Estudio neurometabólico		
Laboratorio / Dosajes		
Otros		

5. Resumen farmacológico

Fármaco	Dosis actual	Período	Eficacia	Dosaje (si requiere)	Efectos adversos/ Motivo de suspensión

6. Tratamientos no farmacológicos y plan de rescate

Tratamientos no farmacológicos	☐ VNS ☐ Terapia cetogénica ☐ Cirugía ☐ Neuromodulación ☐ Otros:
Plan de medicación de rescate	Fármaco: _____ Dosis: _____ Vía: _____

7. Comorbilidades, desarrollo y funcionamiento

☐ TDAH / rasgos disatencionales	☐ Trastorno motor / coordinación
☐ Discapacidad intelectual	☐ Ansiedad / depresión
☐ Trastorno del espectro autista	☐ Trastorno del sueño
☐ Trastorno del aprendizaje	☐ Cefalea
☐ Trastorno del lenguaje	☐ Otra comorbilidad neurológica
☐ Trastorno de conducta	☐ Otra comorbilidad clínica

Situación educativa	
Situación laboral	
Terapias de apoyo	☐ Psicología ☐ Psicopedagogía ☐ Fonoaudiología ☐ TO ☐ Kinesiología ☐ Otra

8. Otros datos de relevancia

Otros fármacos o suplementos	
Alergias / reacciones adversas relevantes	
Método anticonceptivo	☐ No aplica ☐ No usa ☐ Sí: _____
Recomendaciones especiales	

9. Conducta sugerida

Firma y sello