



South Shore Neurologic Associates Epilepsy Clinic
Cuestionario de Seguimiento

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. ¿Tuvo algunos ataques desde la ultima visita? _____ Sí ed asi:

- a. ¿Cuantos? _____
- b. ¿Cuando? _____
- c. Describe cada una convulsion: _____

2. ¿ Tuvo algunas auras desde la ultima visita? (Una advertencia de que un ataque puede comenzar, a menudo descrito como una sensacion de "divertido," déjà vu, o el olor anormal/olor)

- a. ¿Cuantos? _____
- b. ¿Cuando? _____
- c. Describe cada episodio: _____

3. Los Medicamentos Actuales:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Esta tomando con regularidad

4. ¿Cualquier efecto secundario? _____

5. ¿Ultimo ataque fue? _____

6. La calidad de vida:

- a. Fatiga _____
- b. Irritabilidad _____
- c. Dificultades Personales _____
- d. Problemas en el trabajo _____
- e. Conduccion _____

HENRY MORETA, MD
MARK GUESBLATT, MD
STEVEN A. ROSEN, MD, MBA
DAVID BESSER, MD
SAMSON MEBRAHTU, MD
NORMAN PFLASTER, MD
HUGH XIAN, MD, PhD
EDWARD FIROUZTALE, DO, DSc
MYASSAR ZARIF, MD
PHILIPPE VAILLANCOURT, MD
BHUPINDER SINGH ANAND, MD
AGHA RAZA, MD

BARBARA BUMSTEAD, MS, NP-C, MSCN
PATRICIA GRANT, MS, NP-C
CLIFFORD MILLER, FNP-BC
PATRICIA MACDONALD, FNP, NP-C
SMITHA THOTAM, MS, ANP-C
LAURA BUCK, MS, NP-C, CNRN
DANIELLE SALOMONE, MS, ANP-C
LOURDES CRUZ, RN, MSCN
LORI FAFARD, BSN, RN
SERINA FAHIE, RN

CHARLES H. BURKE III
Chief Operating Officer

ALAN V. ROACHE, CPA, MBA
Chief Financial Officer

712 MAIN STREET
ISLIP
NEW YORK 11751
(631) 666-3939
FAX (631) 666-1860

77 MEDFORD AVENUE
(ROUTE 112)
PATCHOGUE
NEW YORK 11772
(631) 758-1910
FAX (631) 758-2371

877 EAST MAIN STREET
SUITE 106
RIVERHEAD
NEW YORK 11901
(631) 727-0660
FAX (631) 727-0099

325 MEETING HOUSE LANE
BUILDING 2, SUITE G
SOUTHAMPTON
NEW YORK 11968
(631) 287-2500
FAX (631) 287-2195

