

Protocolo de un paciente referido fuera de la Red UCHHealth

POR FAVOR ENVÍE POR FAX ESTE FORMULARIO AL (720) 848-2106

ATTN: NON-EPILEPTIC SEIZURE CLINIC

Marque la casilla si está subiendo a través de PACS

Indique si enviará la información del paciente en copia impresa Por favor envíelo a la siguiente dirección:

ATTN Dr. Laura Strom – NES Clinic
12401 E 17th Ave Suite 495
Mailstop L-950
Aurora, CO 80045

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____

Proveedor de seguro médico: _____

Proveedor/médico de referencia: _____

Nombre de la institución: _____

Número de teléfono del proveedor de referencia: _____

Correo electrónico del proveedor de referencia: _____

Notas especiales: _____

Lista de verificación de documentación de neurología:

- Copia en disco de video EEG del evento no epiléptico (del departamento de emergencia, ambulatorio, estudio EMU, etc.)
- Copias en disco de TODAS las neuroimágenes (resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT))
- Lista de "eventos típicos" para el paciente
- Todos los informes sobre eventos no epilépticos del paciente

NOTA: Nuestra clínica no está diseñada para tratar otros trastornos neurológicos funcionales en este momento, pero una lista de cualquier evento del paciente que no requiera tratamiento NES es útil (por ejemplo, eventos que se presentan como posturas distónicas, migrañas complicadas, síncope, etc.)

Lista de verificación de documentación de psiquiatría:

- Lista de todos los diagnósticos psiquiátricos anteriores
- Todas las notas de psiquiatría anteriores
- Cualquier registro médico de hospitalizaciones psiquiátricas
- Lista de medicamentos psiquiátricos actuales y pasados