

Cómo empezar un diario de las convulsiones

How to start a seizure diary

No son pacientes reales.
No actual patients are depicted.

Las convulsiones no siempre ocurren en el consultorio del médico

Llevar un diario de las convulsiones puede ser de gran ayuda para ti y tu familia para:

- Llevar un registro de cada una de tus convulsiones
- Guardar información para compartir en tus visitas médicas
- Identificar patrones o desencadenantes para cuidarte mejor

Si estás con familiares o amigos cuando tengas una convulsión, pídeles los detalles para que te ayuden a llenar este diario.

También, les puedes pedir que te tomen una foto o video para compartir con tu médico.

Sigue las instrucciones para completar cada sección. La siguiente página tiene un formulario en blanco para que puedas empezar tu diario.

Esta información es para que aprendas más y mejores la comunicación con tu médico.

Seizures don't always occur in the doctor's office

Keeping a seizure diary can be very helpful for you and your family to:

- Keep track of each of your seizures
- Record information to share at your doctor's visits
- Identify patterns or triggers to take better care of yourself

If you are with family or friends when you have a seizure, ask them for details to help you fill out this diary.

You can also ask them to take a picture or video to share with your doctor.

Follow the instructions to complete each section. The following page has a blank form so you can start your diary.

This information is for you to learn more and to improve communication with your doctor.

Usando un diario de las convulsiones

Este diario de las convulsiones es una forma rápida y sencilla de registrar tus experiencias diarias con la epilepsia. Asegúrate de completarlo y compartirlo con tu médico en tu próxima consulta.

Using a Seizure Diary

This seizure diary is a quick and simple way to record your daily experiences with epilepsy. Be sure to complete it and share it with your doctor at your next appointment.

¿Tomaste tus medicamentos antiepilépticos?

Llevando una lista de los medicamentos que tomas a diario te ayuda a no olvidar la dosis correcta. Además, puede ser útil para ti o tus seres queridos para notar cambios en tus síntomas por si acaso se te olvida tomar tu dosis.

Did you take your seizure medicines?

Making a list of the medicines you take each day helps you remember your dose. Plus, it can be useful for you and your loved ones to spot changes in your symptoms in case you forget a dose.

¿Tuviste alguna convulsión?

El seguimiento de la cantidad, el tipo y la frecuencia de tus convulsiones le ayuda a tu médico a manejar efectivamente tu tratamiento. Asegúrate de registrar el tipo, a qué hora del día ocurrieron, cuántas te dieron, y si fueron convulsiones en racimo (en grupos). Se consideran convulsiones en racimo si ocurren dos o más en un periodo de 24 horas. Los tipos de convulsiones son:

- Parciales (focales)
- Generalizadas

Did you have any seizures?

Tracking the quantity, type, and frequency of your seizures helps your doctor effectively manage your treatment. Be sure to record which type, what time they occurred, how many you had, and if they were a seizure cluster. Seizure clusters are 2 or more seizures in a 24-hour period. Types of seizures include:

- Partial (focal)
- Generalized

FECHA DATE	¿TOMASTE TUS MEDICAMENTOS ANTIEPILÉPTICOS? DID YOU TAKE YOUR SEIZURE MEDICINES?	¿TUVISTE ALGUNA CONVULSIÓN? DID YOU HAVE ANY SEIZURES?	SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿DE QUÉ TIPO? IF YES, WHAT TYPE?	¿A QUÉ HORA DEL DÍA? WHAT TIME OF DAY?	¿CUÁNTAS TUVISTE? HOW MANY?	¿FUERON CONVULSIONES EN RACIMO? (2 O MÁS EN 24 HORAS) WAS IT A SEIZURE CLUSTER? (2 OR MORE IN 24 HOURS)
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Parcial (focal) <input type="checkbox"/> Partial (focal) <input type="checkbox"/> Generalizada <input type="checkbox"/> Generalized <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
DETALLES DE LA CONVULSIÓN (desencadenantes, cómo te sentías antes y cómo te sentiste después de la convulsión, cuánto tiempo duró la convulsión, etc.) SEIZURE DETAILS (triggers, how you felt before and after a seizure, how long did the seizure(s) last, etc.)						

Detalles de la convulsión (desencadenantes, cómo te sentiste después de la convulsión, etc.)

Usa este espacio para anotar más detalles sobre tus convulsiones. Esto puede incluir desencadenantes de la convulsión, cómo te sentiste después de la convulsión, síntomas experimentados o hasta preguntas para tu próxima visita al médico.

Seizure details (triggers, how you felt after the seizure, etc.)

Use this space to record more details about your seizures. This may include any seizure triggers identified, how you felt after a seizure, symptoms experienced, or even questions for your next doctor's visit.

FECHA DATE	¿TOMASTE TUS MEDICAMENTOS ANTIEPILÉPTICOS? DID YOU TAKE YOUR SEIZURE MEDICINES?	¿TUVISTE ALGUNA CONVULSIÓN? DID YOU HAVE ANY SEIZURES?	SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿DE QUÉ TIPO? IF YES, WHAT TYPE?	¿A QUÉ HORA DEL DÍA? WHAT TIME OF DAY?	¿CUÁNTAS TUVISTE? HOW MANY?	¿FUERON CONVULSIONES EN RACIMO? (2 O MÁS EN 24 HORAS) WAS IT A SEIZURE CLUSTER? (2 OR MORE IN 24 HOURS)
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Parcial (focal) <input type="checkbox"/> Partial (focal) <input type="checkbox"/> Generalizada <input type="checkbox"/> Generalized <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
DETALLES DE LA CONVULSIÓN (desencadenantes, cómo te sentías antes y cómo te sentiste después de la convulsión, cuánto tiempo duró la convulsión, etc.) SEIZURE DETAILS (triggers, how you felt before and after a seizure, how long did the seizure(s) last, etc.)						
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Parcial (focal) <input type="checkbox"/> Partial (focal) <input type="checkbox"/> Generalizada <input type="checkbox"/> Generalized <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
DETALLES DE LA CONVULSIÓN (desencadenantes, cómo te sentías antes y cómo te sentiste después de la convulsión, cuánto tiempo duró la convulsión, etc.) SEIZURE DETAILS (triggers, how you felt before and after a seizure, how long did the seizure(s) last, etc.)						
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Parcial (focal) <input type="checkbox"/> Partial (focal) <input type="checkbox"/> Generalizada <input type="checkbox"/> Generalized <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
DETALLES DE LA CONVULSIÓN (desencadenantes, cómo te sentías antes y cómo te sentiste después de la convulsión, cuánto tiempo duró la convulsión, etc.) SEIZURE DETAILS (triggers, how you felt before and after a seizure, how long did the seizure(s) last, etc.)						
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Parcial (focal) <input type="checkbox"/> Partial (focal) <input type="checkbox"/> Generalizada <input type="checkbox"/> Generalized <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
DETALLES DE LA CONVULSIÓN (desencadenantes, cómo te sentías antes y cómo te sentiste después de la convulsión, cuánto tiempo duró la convulsión, etc.) SEIZURE DETAILS (triggers, how you felt before and after a seizure, how long did the seizure(s) last, etc.)						
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Parcial (focal) <input type="checkbox"/> Partial (focal) <input type="checkbox"/> Generalizada <input type="checkbox"/> Generalized <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
DETALLES DE LA CONVULSIÓN (desencadenantes, cómo te sentías antes y cómo te sentiste después de la convulsión, cuánto tiempo duró la convulsión, etc.) SEIZURE DETAILS (triggers, how you felt before and after a seizure, how long did the seizure(s) last, etc.)						



No son pacientes reales.
No actual patients are depicted.



Inspired by **patients.**
Driven by **science.**

©2022 UCB, Inc., Smyrna, GA 30080.
Todos los derechos reservados. All rights reserved.
US-P-DA-EPI-2100084