

**FORMULARIO PARA TRAMITES ESCLEROSIS MULTIPLE / ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA**

APELLIDO Y NOMBRE .....

DNI .....

FECHA DE NACIMIENTO .....

TELEFONO .....

LOCALIDAD .....

FECHA DE DIAGNOSTICO .....

HISTORIA CLINICA (*por favor letra legible para no retrasar el tramite*)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:**

1. LABORATORIO:.....
2. ESTUDIO DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO:.....
3. IMÁGENES(RNM).....  
.....
4. POTENCIALES EVOCADOS:.....
5. ESCALA DE DISCAPACIDAD DE KURTZKE (EDSS):-EM-.....
6. ESCALA DE FUNCIONALIDAD -ALSFRS-R: -ELA-.....

TRATAMIENTOS PREVIOS:.....

MOTIVO DE CAMBIO DE ESQUEMA : .....

MEDICO TRATANTE: .....

TELEFONO DE CONTACTO .....

MAIL .....

FECHA .....