



**FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS  
POSTERIORES DEL PROGRAMA DE NEUROMODULACIÓN EN  
ENFERMEDAD DE PARKINSON Y DISTONÍAS CON  
ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA (ETAPA 5)**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años. Sexo:  Femenino  Masculino IMAE \_\_\_\_\_

Médico responsable: N° de caja profesional \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

**PROCEDIMIENTO REALIZADO**

Fecha de realización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Recambio de dispositivo externo  
 Otros Especifique \_\_\_\_\_

**DISPOSITIVOS**

DISPOSITIVOS UTILIZADOS:  NO  SI

Dispositivo	Sticker del Dispositivo
	Sticker
	Sticker

**COMPLICACIONES**  No  Si Cuál? : \_\_\_\_\_

Adjuntar: Sticker de dispositivo

Consideraciones que juzgue relevantes: