



**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: