

**FORMULARIO DE PRESELECCIÓN DEL PROGRAMA DE NEUROMODULACIÓN EN
ENFERMEDAD DE PARKINSON Y DISTONÍAS CON ESTIMULACIÓN CEREBRAL
PROFUNDA (ETAPA 1)**

Fecha de solicitud: ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

MEDICO NEURÓLOGO/NEUROCIRUJANO SOLICITANTE

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNÓSTICO

- Enfermedad de Parkinson
 Distonía

RESULTADO (Adjuntar informe médico)

Fecha de realización: ___/___/___

¿Avanza a Etapa 2? (Evaluación Prequirúrgica): SI NO Motivo _____

INGRESO POR SISTEMA