

## Necesidades específicas de los dispositivos

Si ha recibido algún tratamiento quirúrgico, llene este formulario y asegúrese de guardar con esta guía cualquier información específica sobre el dispositivo.

### Tengo un dispositivo de estimulación cerebral profunda.

#### Detalles de la cirugía y el dispositivo

Centro de neurocirugía:

Teléfono del centro:

Neurocirujano:

Fecha de la cirugía:

Nombre del producto (modelo del IPG o generador de pulso):

Nombre del fabricante:

Teléfono del fabricante:

Lugar de implantación:  Hemisferio derecho  Hemisferio izquierdo

Tipo de batería:  Recargable  No recargable

Ubicación de la batería:  Pecho derecho  Pecho izquierdo  Otro

### Uso un dispositivo para mi medicamento.

#### Detalles del dispositivo

Nombre del fabricante:

Teléfono del fabricante:

#### Dosificación diaria

Asegúrese de incluir dosis continua, cualquier dosis adicional y el rango de tiempo para tomarlas en el formulario de medicación.