

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento __ / __ / ____

Nombre del proveedor: _____

Fecha de la Cita: __ / __ / ____

Sexo: Masculino / Femenino

SÍNTOMAS ACTUALES

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor sus síntomas?

- Desequilibrio
- Caerse con más frecuencia
- Ves todo girando a tu alrededor
- Te sientes como si TÚ ESTUVIERAS girando, pero la habitación no está girando
- Náuseas
- Sensación de vahído o desvanecimiento
- Otros síntomas: _____

¿Cuánto tiempo duran sus síntomas sin detenerse?

- Segundos
- Minutos
- Horas
- Días
- Los síntomas son constantes

¿Cuántas veces por **día / semana / mes / año** (Seleccione el mas apropiado) tienes un episodio? _____

¿Ocurrió algo de lo siguiente antes del inicio de sus síntomas? (elige todo lo que corresponda)

- Golpe en la cabeza o traumatismo craneoencefálico
- Accidente automovilístico
- Infección de las vías respiratorias
- Cambio en su medicación
- Una caída
- Un virus o infección, por ejemplo, herpes zóster, herpes labial, COVID-19
- Cirugía
- Evento estresante o alto estrés
- Otros:

Seleccione Uno:

¿Sus síntomas

iguales desde que comenzaron?

Si sus síntomas han mejorado o cambiado:

¿Cómo?

¿Hay que le haga mejorar sus síntomas?

SÍNTOMAS DE EQUILIBRIO Y CAÍDA (Seleccione Si o No)

S N ¿Te has caído en el último año?

En caso afirmativo: ¿Cuántas veces? _____

En caso negativo: ¿Has experimentado que "casi te caes" pero has logrado evitar la caída?

S N ¿Tienes miedo de caerte?

S N ¿Sientes que te estas inclinando hacia un lado mientras caminas?

En caso afirmativo: ¿En qué dirección? Derecha, Izquierda, Ambas

S N ¿Tiene neuropatía, entumecimiento u hormigueo en los pies o las piernas?

S N ¿Ha disminuido su actividad física o ejercicio?

En caso afirmativo: ¿Aproximadamente cuándo ocurrió esta disminución? ___ / ___ / _____

S N ¿Tiene lesiones ortopédicas? En caso afirmativo: Por favor explique: _____

SÍNTOMAS DE MAREOS

S N ¿Tiene antecedentes de migrañas?

En caso afirmativo: ¿Cuándo fue su migraña mas reciente? ___ / ___ / _____

¿Alguno de los siguientes puede provocar, aumentar o empeorar sus mareos? **(elige todo lo que corresponda)**

- Aumento del estrés
- Saltarse una comida
- No beber suficiente agua
- Cambios en el clima
- Ciertos alimentos:

¿Cuáles de los siguientes síntomas **acompañan** u ocurren **inmediatamente antes** de un episodio? **(elige todo lo que corresponda)**

- Dolores de Cabeza
- Dolor de cuello
- Pérdida de audición:
i
- Llenura o presión en un oído(s) :
de
- Zumbido en el oído(s) :
oído derecho, oído izquierdo,
- Brillos o destellos en su visión
- Sensibilidad a la **luz, sonido, olfato**

(Seleccione Si o No)

S N Mi mareo es intenso, pero solo dura segundos o minutos

S N Me mareo cuando doy una vuelta en la cama

S N Tengo mareos de corta duración, donde todo a mi alrededor gira, que ocurren cuando me inclino para recoger algo

S N Tengo mareos de corta duración, donde todo a mi alrededor gira, que ocurren al acostarme

S N Mis mareos pueden ser provocados al colocar mi cabeza en ciertas posiciones

S N He tenido un solo episodio severo de mareo, donde todo giraba a mi alrededor, que duró de horas a un día

S N Después de mi gran episodio de mareo, donde todo giraba a mi alrededor, no pude caminar durante días sin caerme

- S N Tuve un episodio de mareo, donde todo giraba a mi alrededor, por horas después de tener un resfriado, virus o gripe
- S N Tuve pérdida de audición en un oído al mismo tiempo que tuve el episodio severo de mareo donde todo giraba a mi alrededor
- S N Tengo episodios en los que me mareo, y me cuesta respirar
- S N Me siento mareado todo el tiempo
- S N Estoy ansioso la mayor parte del tiempo
- S N Me molestan los patrones, las pantallas, o entornos visuales complejos, por ejemplo, los supermercados
- S N Mis síntomas aumentan cuando paso de acostarme a sentarme o de sentarme a estar de pie
- S N Cuando toso o estornudo, me mareo
- S N Me mareo cuando me esfuerzo por levantar algo pesado
- S N Cuando hablo, mi voz me suena anormalmente muy fuerte
- S N Mi mareo es provocado con movimientos de cabeza (arriba/abajo y/o derecha/izquierda)
- S N Mi cabeza es pesada como una bola de bolos
- S N Tengo un dolor de cabeza que está en o comienza en la parte posterior de mi cabeza
- S N Cuando me siento luego de estar acostado, o me levanto luego de estar sentado, experimento unos segundos de mareo

HISTORIAL MÉDICO

S N ¿Están bien controlados sus niveles de azúcar en la sangre, presión arterial y tiroides?

S N ¿Tiene algún problema de visión?

En caso afirmativo: explique: _____

S N ¿Tiene pérdida auditiva?

*En caso afirmativo: ¿Qué oído? **oído derecho, oído izquierda, ambos dos** (Seleccione el mas apropiado)*

En caso afirmativo: ¿Fue la pérdida de audición repentina? S N

S N ¿Usa aparatos auditivos?

S N Estoy experimentando **dolor de oído / zumbido / drenaje / llenura** (Seleccione el mas apropiado)

*En caso afirmativo: ¿Qué oído? **oído derecho, oído izquierdo, ambos oídos** (Seleccione el mas apropiado)*

SI CORRESPONDE: ANTECEDENTES HORMONALES FEMENINOS

Seleccione el mas apropiado: ¿Eres **Pre - /Peri - /Post** - Menopáusica?

S N ¿Te has sometido a una histerectomía? *En caso afirmativo: ¿Cuándo?* ____/____/____

S N ¿Ha tenido algún cambio en el uso de los anticonceptivos?

En caso afirmativo: ¿Cuándo? ____/____/____

S N ¿Tienes algún desequilibrio hormonal?

En caso afirmativo: ¿Está recibiendo tratamiento para este problema? **S N**
