ADMISIÓN DE PACIENTES

Nombre del paciente:_____ **Fecha de nacimiento**: ___/___/_____ **Sexo**: Male / Female

Nombre del proveedor: :_____ **Fecha de cita**: ___/___/_____

SÍNTOMAS ACTUALES

¿Cuál de las siguientes opciones **describe mejor sus síntomas**?

o Desequilibrio
o Caerse con más frecuencia
o Náuseas
o mundo girando a tu alrededor
o Te sientes como si estuvieras girando; El mundo no está girando
o Sensación de vahído o desvanecimientoo
o Otro:_____

¿Cuánto tiempo duran los síntomas sin parar?

o Segundos o Minutos o Horas o días o constante

Encierre en un círculo el mas apropiado: ¿Cuántas veces al **día / semana / mes / año** tienes un episodio? _____

¿Ocurrió alguno de los siguientes **inmediatamente antes de** la aparición de los síntomas? *(marque todo lo que corresponda)*

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

Encierre en un círculo: ¿Sus síntomas han **mejorado** / **cambiado / permanecido iguales** desde que comenzaron?
Si sus síntomas han mejorado o cambiado: ¿Cómo?

_____

Hay algo que mejore sus síntomas? _____

SÍNTOMAS DE EQUILIBRIO Y CAÍDA (Encierre en un círculo "S" por Si o "N" por 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**

S N ¿Tienes miedo a caerte?

S N ¿Sientes que te estás desviando/inclinando 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? _____

S N ¿Tiene lesiones/problemas ortopédicos?

En caso afirmativo: Por favor, explique: _____

SÍNTOMAS DE MAREOS

S N ¿Tienes antecedentes de migrañas?
En caso afirmativo: ¿Cuándo fue su migraña más reciente? _____

¿Alguno de los siguientes puede provocar, aumentar, o empeorar sus síntomas? *(marque todo lo quecorresponda)*

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

¿Alguno de los siguientes síntomas **acompaña** u ocurre **inmediatamente antes** de un episodio?
(marque todo lo que corresponda)

o Dolores de cabeza
o Dolor de cuello
o Náuseas/vómitos
o Cambios en la audición: **oído derecho** / **oído izquierdo** / **ambos oídos**
o Llenura en su(s) oído(s): **oído derecho / oído izquierdo / ambos oídos**
o Brillos, destellos o luces
intermitentes en su visión
o Zumbido en su(s) oído(s): **oído derecho** / **oído izquierdo** / **ambos oídos**
o Sensibilidad a *(marque con un círculo **todo lo** que corresponda)*
luz / sonido / olor / patrones / pantallas / movimiento

S N Mis mareos son intensos, pero solo duran segundos o minutos

S N Me mareo cuando me doy la vuelta en la cama

S N Tengo mareos de corta duración que ocurren cuando me agacho para recoger algo

S N Tengo mareos de corta duración que ocurren cuando paso de estar sentado a acostado

S N Puedo provocar mis mareos colocando la 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, no pude caminar durante días sin caerme

S N Tuve un ataque de mareo, donde todo giraba a mi alrededor, que duró horas después de tener un resfriado, un virus o una gripe

S N Tuve pérdida auditiva 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, por ejemplo, los supermercados

S N Mis síntomas aumentan cuando paso de estar acostado a estar sentado o de estar sentado a estar de pie

S N Cuando me levanto después de estar acostado, o me levanto después de estar sentado, unos segundos de mareo

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 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 boliche

S N Tengo un dolor de cabeza que está o comienza en la parte posterior de mi cabeza

HISTORIAL MÉDICO

o Ansiedad/Estrés
o Depresión
o Mareos por movimiento (cinetosis)
o Problemas cardíacos
o Problemas respiratorios
o Disfunción tiroidea
o Diabetes
o Nivel alto de azúcar en la sangre
o Bajo nivel de azúcar en la sangre
o Presión arterial alta
o Presión arterial baja
o La fecha de diagnóstico de *la enfermedad de Ménière* _____
o Accidente cerebrovascular / AIT
o Problemas oculares/visuales

HISTORIAL DE SALUD AUDITIVA

S **N** ¿Tiene pérdida auditiva?

En caso afirmativo: ¿Qué oído? **oído derecho**, **oído izquierdo**, **ambos oídos** *(encierre en un círculo el mas apropiado)* *En caso afirmativo:* ¿Fue repentino? **S** **N**

S **N** ¿Usas aparatos auditivos/audífonos?

S **N** Estoy experimentando **dolor / zumbido / secreción / llenura de oídos** *(encierre en un círculo el mas apropiado*

En caso afirmativo: ¿Qué oído? **oído derecho**, **oído izquierdo**, **ambos oídos** *(marque uno)*

S **N** ¿Me han operado de los oídos? **oído derecho / oído izquierdo / ambos oídos** *(marque con un círculo todo lo que corresponda)*

*En caso afirmativo***: neuroma acústico / mastoides / implante coclear / otro** _____

SI CORRESPONDE: ANTECEDENTES HORMONALES FEMENINOS

Encierre en un círculo el mas apropiado: ¿Eres **pre / peri / post** menopáusica?

S **N** ¿Te has sometido a una histerectomía? *En caso afirmativo:* ¿Cuando? _____

S **N** ¿Ha tenido algún cambio en sus anticonceptivos? *En caso* ***afirmativo****:* ¿Cuándo? _____

S **N** ¿Tienes un desequilibrio hormonal conocido? *En* ***caso afirmativo****:* ¿Está recibiendo tratamiento por este problema? **S** **N**