



CUESTIONARIO DE MAREOS

Tel: (760) 291-6977

Fax: (760) 747-3123

NOMBRE DEL PACIENTE (LETRA DE MOLDE)

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

1. ¿Cuándo empezaron sus mareos o cuando empezó a tener episodios de mareos?

2. ¿Ha tenido problemas similares de mareos en el pasado? SÍ NO
3. ¿Si es así, cuando ocurrieron? _____
4. Mis mareos son más exactamente descritos como:
 - Movimiento (sensación de que usted o el ambiente está inestable o no balanceado)
 - Vueltas (sensación de rotación)
 - Casi perdiendo el conocimiento (desmayo)
 - Otro: _____
5. Mis mareos:
 - Son constantes
 - Ocurrieron solo una vez
 - Regresan en ataques repetidos
 - Ocurren en ciclos con varios o muchos episodios durante cada ciclo
 - Otro: _____
6. ¿Si sus mareos ocurren en ataques, cuánto tiempo dura cada ataque? En unos casos ocurren varios ataques o episodios durante un periodo de tiempo, por ejemplo, durante un periodo de 2 semanas pudo haber tenido un ataque cada día que duró de 20-40 minutos. La respuesta sería 20-40 minutos. Un promedio está bien.
 - Muy breve o segundos
 - Cerca de 15 segundos a un minute más o menos
 - Unos cuantos minutos a 20-40 minutos
 - Cerca de una hora a varias horas
 - 6-12 horas o más
 - De un día a varios días
 - Meses
7. ¿Si los mareos ocurren en ataques, que tan frecuentes ocurren en un promedio? Solo un promedio aproximado está bien. Sabemos que los mareos no son predecibles y ocurren esporádicamente.
 - Muchas o varias veces al día
 - Una vez cada día
 - Varias veces cada semana
 - Una vez cada semana
 - Varias veces cada mes
 - Una vez cada mes
 - Varias veces por año
 - Una vez cada año
 - Menos de una vez al año
8. ¿Si sus mareos ocurren en ataques, cuando fue su último ataque?

9. ¿Si ocurren en ataques, está completamente libre de mareos entre ataques? SÍ NO

/Favor de completar ambos lados

10. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas asociados con mareos o ataque de mareos?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> Adormecimiento de extremidades |
| <input type="checkbox"/> Aumento de ruidos en el oído | <input type="checkbox"/> Debilidad de extremidades |
| <input type="checkbox"/> Presión o plenitud en uno o ambos oídos | <input type="checkbox"/> Mala coordinación o torpeza |
| <input type="checkbox"/> Náusea y/o vómito | <input type="checkbox"/> Confusión mental |
| <input type="checkbox"/> Dolor de oído o supuración | <input type="checkbox"/> Pérdida de conocimiento |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de audición repentina o rápida | <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar |
| <input type="checkbox"/> Visión doble, borrosa o deformación visual | <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar |
| <input type="checkbox"/> Ceguera temporal | <input type="checkbox"/> Temblor prolongado |
| <input type="checkbox"/> Adormecimiento facial o sensación alterada | |
| <input type="checkbox"/> Debilidad facial, parálisis, espasmo | |

11. ¿Ha tenido alguno de estos síntomas **NO** asociado con mareos? SÍ NO

12. Favor de describir un episodio de mareos en sus propias palabras o describa como se siente cuando está mareado. Trate de usar otras palabras que no sea *mareo* en su descripción, por ejemplo, una palabra que sea más precisa como vueltas o desmayo, o una descripción de experiencias pasadas que sean similares como cuando se bajo de un juego de Disneyland, durante un paseo en barco, o cuando se paro muy rápido y casi pierde el conocimiento.

13. ¿Ha tenido evaluaciones anteriores para mareos? SÍ NO

14. ¿Ha tenido algún tratamiento para mareos? SÍ NO

15. ¿Ha tenido algún examen con escáner para mareos? SÍ NO

16. ¿Ha tenido exámenes de laboratorio para mareos? SÍ NO

17. ¿Ha tenido exámenes de audición? SÍ NO

¡GRACIAS!