



## CUESTIONARIO DE TINNITUS

Tel: (760) 291-6977

Fax: (760) 747-3123

NOMBRE DEL PACIENTE (LETRA DE MOLDE)

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

**Favor de elegir la respuesta correcta a cada pregunta:**

1. ¿Cuándo empezó el zumbido del oído (tinnitus)?
  - Hace unos días
  - Cerca de 1 semana
  - Hace aproximadamente un mes
  - Hace varios meses
  - Alrededor de 1 año
  - Hace varios años o más
2. ¿Hubo alguna enfermedad, incidente o accidente asociado con la aparición del tinnitus?
  - Sí
  - No
3. ¿En cuál oído lo escucha?
  - Derecho
  - Izquierda
  - Ambos
  - A veces en un oído y a veces el otro
4. El ruido es:
  - Constante
  - Intermitente
5. Si es intermitente, lo escucha \_\_\_\_\_% del tiempo
6. ¿Cómo describiría el carácter del ruido del oído?
  - Timbre
  - Rugiente o rugido del océano
  - Silbido
  - Zumbido
  - Pulsante
  - Como el flujo de sangre de mi corazón latiendo
  - Clic
  - Golpes
  - Otro: \_\_\_\_\_
7. Desde su inicio, el volumen del tinnitus ha:
  - Aumentado
  - Disminuyendo
  - Sigue siendo el mismo
8. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas?
  - Pérdida de audición
  - Mareos
  - Dolores de Cabeza
  - Diabetes
  - Problemas de la Tiroides
  - Presión alta
  - Dolor de Mandíbula
  - Escucha su voz o respiración resonando en su oído
  - No aplican
9. ¿Ha notado si el tinnitus es causado por cambios o con cualquiera de los siguientes?
  - El consumo de tabaco
  - Cafeína
  - La Aspirina
  - El Alcohol
  - Otros medicamentos anti-inflamatorios, tales como Motrin o Aleve
  - El estrés
  - Cambio en la posición del cuerpo
  - Otro: \_\_\_\_\_
10. El Tinnitus es
  - Ligeramente molesto
  - Moderadamente molesto
  - Muy molesto
  - Intolerable

**/Favor de completar ambos lados**

## CUESTIONARIO DE TINNITUS

Página 2 de 2

11. El Tinnitus

- Interfiere con el sueño
- Interfiere con el trabajo o otras actividades diarias

12. ¿Cómo calificaría el grado en que el tinnitus afecta su vida?

- Causa poco o nada de interferencia con el trabajo o las actividades sociales
- Causa alguna interferencia, pero puedo vivir con el
- Toma considerable esfuerzo para mantener el trabajo normal y actividades sociales
- Se me hace incapaz de realizar cualquier trabajo o actividades sociales

13. ¿Qué evaluaciones ha tenido para el tinnitus?

---

---

14. ¿Ha tenido un examen de audición reciente?

- Sí
- No

15. ¿Qué tratamientos ha intentado para el tinnitus?

---

---

**\*\*\*¡GRACIAS!\*\*\***