

NOMBRE Paciente: _____

Fecha Nacimiento: _____

QUESTIONARIO paciente con MAREOS

FECHA de hoy: _____

SINTOMAS

Conteste las siguientes preguntas. Por favor rellene las casillas correspondientes y explique cuando sea necesario.

si no

17. ¿Qué síntomas tiene? Mareo/desequilibrio Ligerero de cabeza sensación en la cabeza como si estuviese nadando
18. ¿Ha tenido pérdida del conocimiento o quedado inconsciente?
19. ¿Tiene sensación que las cosas giran o se mueven alrededor suyo?
20. ¿Tiene sensación de que está usted girando o moviéndose mientras las cosas a su alrededor permanecen quietas?
21. ¿Tiene tendencia a caerse? al lado derecho al lado izquierdo a ambos lados
22. ¿Siente que pierde el equilibrio cuando camina? viro hacia la derecha viro hacia la izda viro hacia ambos lados
23. ¿Se mareo cuando sube a un carro, bus, barco, avión o tren? Explique _____

HISTORIA, COMIENZO y DURACION de los síntomas

Por favor rellene las casillas correspondientes y explique cuando sea necesario.

si no

24. ¿Cómo se presentan los síntomas? Constantemente a ratos por largos episodios
25. ¿Cuándo fué la primera vez que le ocurrió? _____
26. ¿Cuándo fué la última y mas reciente vez que le ocurrió? _____
27. ¿Con qué frecuencia le dan los ataques? cada hora cada día cada semana cada mes Otro _____
28. ¿Cuánto dura cada ataque? Segundos Minutos Horas Dias Otro _____
29. ¿Cómo aparecen los ataques? De repente Gradualmente Ambos Otro _____
30. ¿Se encuentra completamente bien y sin ningún síntoma entre ataques?
31. ¿Puede pre-decir cuando va a comenzar un ataque? Describa _____
32. ¿Puede hacer sus actividades diarias mientras está con mareo o desequilibrio? Favor de responder la respuesta que mejor describe su situación.
- Si, puedo con todas mis actividades diarias mientras estoy con mareo.
 - Sólo puedo hacer algunas de las actividades normales mientras estoy con mareo
 - No puedo hacer ninguna actividad normal y necesito tumbarme mientras estoy con el mareo.

SIMPTOMAS ASOCIADOS

¿Padece alguno de los siguientes síntomas durante, después o entre ataques? Marque las respuestas que correspondan.

si no

33. Con los ataques ¿ le suele dar...? nausea vómito los dos, náusea y vómito Other _____
34. ¿Tiene dolor de cabeza o presión en la cabeza.? During the spell After the spell

NOMBRE Paciente: _____

Fecha Nacimiento: _____

si no

35. ¿Cambia la escucha o la forma oír? Explique _____
36. ¿Le produce pitido en los oídos o el pitido que tenía anteriormente cambia?
Explique _____
37. ¿Se le duermen o le da picor en los dedos de la mano, pies o en la cara?
38. ¿Le dan contracciones o espasmos en la cara?
39. ¿Le cambia la vista o visión? visión doble visión borrosa ceguera
40. ¿Tiene problemas para tragar o para hablar?
41. ¿Tiene cambios en su voz?
42. ¿Tiene perdida del conocimiento, desorientación, o perdida de memoria?
43. ¿Tiene sudoraciones / sudores?
44. ¿Se le debilitan (ponen débiles, flojos) los brazos o las piernas?
45. ¿Le dan palpitaciones o se le acelera el corazón?
46. ¿Se queda sin aliento al respirar?
47. ¿Tiene dolor en el cuello o se le pone el cuello rígido?

FACTORES QUE PROVOCAN, MEJORAN O EMPEORAN LOS ATAQUES

Por favor rellene las casillas correspondientes y explique cuando sea necesario.

yes no

48. ¿Le ocasiona mareo/vértigo cuando....? se tumba se sienta Se levanta / se para
49. El *cambiar de posición* ¿le produce desequilibrio? Explique: _____
50. El *girar su cabeza bruscamente* ¿le ocasiona o empeora sus mareos? En qué dirección? _____
51. ¿Encuentra especialmente difícil trabajar con poco luz (de noche, o en la oscuridad)?
52. ¿Puedan tener relación los mareos con estrés o tensión en su vida? Podría ser No lo sé
53. ¿Ha hecho un viaje antes de que comenzara su mareo (viaje de al menos 5 horas)?
54. ¿Tiene conocimiento de alguna cosa que *provoque* o pueda causar sus mareos o ataques?
Explique: _____
55. ¿Tiene conocimiento de alguna cosa que le *detenga o mejore* sus mareos o ataques?
Explique: _____
56. ¿Lo *detiene o mejora cuando....?* cierro los ojos muevo la cabeza como algo de comida
Marque las que correspondan estoy quieto miro hacia arriba Otro _____
 miro hacia abajo No lo sé
57. ¿Lo *empeora cuando....?* me paro/levanto rápido muevo la cabeza como algo de comida
Marque las que correspondan cierro los ojos miro hacia arriba Otro _____
 estoy quieto miro hacia abajo No lo sé
58. ¿Sufre de migraña?
59. ¿Alguien de su familia sufre de migraña? Explique _____
60. ¿Algún otro doctor ha evaluado anteriormente sus mareos? _____ **Cuándo?** _____

¿Quiere añadir algún comentario? _____