

Dizziness Handicap Inventory (Versión en Español)

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Instrucciones: El objetivo de esta escala es identificar las dificultades que usted puede experimentar por su(s) mareos o desequilibrio

Para cada pregunta por abajo, por favor ponga un "X" en la columna correspondiente. **Sí. No. A veces.**

Una respuesta de "Sí" significa 100% del tiempo, "No" significa 0% del tiempo, y "A veces" significa 1%-99% del tiempo.

Contesta cada pregunta como conciernen solo a sus mareos o sus problemas con el equilibrio.

	SÍ	NO	A VECES
1) ¿Mirar hacia arriba aumenta el problema?			
2) ¿Caminar por los pasillos del supermercado sin carrito aumenta el problema?			
3) ¿Realizar actividades más ambisiosas como los deportes, el baile, o los deberes de hogar aumenta el problema?			
4) ¿Los movimientos de cabeza rápidos aumenta el problema?			
5) ¿Voltearse en cama aumenta el problema?			
6) ¿Caminar sobre el césped aumenta el problema?			
7) ¿Agarcharse aumenta el problema?			
8) ¿Por su problema, usted limita su viaje por los negocios o por la recreación?			
9) ¿Por su problema, usted tiene dificultad de levantarse de la cama o acostarse?			
10) ¿El problema limita significativamente su participación en las actividades sociales?			
11) ¿Por su problema, es difícil leer?			
12) ¿Por su problema usted tiene alguien para acompañarle cuando sale de la casa?			
13) ¿Por su problema, es difícil cuidarse (por ejemplo: bañarse, vestirse, prepararse alimentos)?			
14) ¿Por su problema, es difícil caminar por la casa en la oscuridad?			
15) ¿Por su problema, usted evita manejar durante el día?			
16) ¿Por su problema, es difícil dar un paseo por si mismo?			
17) ¿Por su problema, es difícil subir o bajar las escaleras?			
18) ¿Por su problema, usted evita manejar en la oscuridad?			
19) ¿El problema interfiere con su trabajo o las responsabilidades domésticas?			
20) ¿Por su problema, es difícil concentrarse?			
21) ¿Por su problema, usted se siente frustrado?			
22) ¿Por su problema, usted tiene miedo de quedarse en casa solo?			
23) ¿Por su problema, se preocupa que la gente piense que usted está borracho?			
24) ¿El problema ha puesto estrés a las relaciones entre usted y los miembros de su familia o sus amigos?			
25) ¿Por su problema, estás deprimido?			
Solo Para Uso de Oficina			
	x 4	x 0	x 2
=			
Total			

Tinnitus Handicap Inventory (Versión en Español)

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Instrucciones: El objetivo de este cuestionario es identificar las dificultades que usted puede

Por favor, conteste cada pregunta. No omita ninguna pregunta.

Una respuesta de "Sí" significa 100% del tiempo, "No" significa 0% del tiempo, y "A veces" significa 1%-99% del tiempo.

	SÍ	A VECES	NO
1) ¿Por el tinnitus, es difícil concentrarse?			
2) ¿El volumen del tinnitus le hace difícil escuchar a otras personas?			
3) ¿El tinnitus le hace enojado?			
4) ¿El tinnitus le hace sentir confundido?			
5) ¿Por el tinnitus, se siente desesperado?			
6) ¿Usted se queja mucho sobre el tinnitus?			
7) ¿Por el tinnitus, tienes dificultad de dormirse en la noche?			
8) ¿Usted se siente como si no pudieras escapar el tinnitus?			
9) ¿El tinnitus interfiere con la capacidad de disfrutar las actividades sociales (como salir a cenar, ir al cine)?			
10) ¿Por el tinnitus, se siente frustrado?			
11) ¿Por el tinnitus, se siente que tiene una enfermedad grave?			
12) ¿Por el tinnitus, le hace difícil disfrutar la vida?			
13) ¿El tinnitus interfiere con su trabajo o las responsabilidades?			
14) ¿Por el tinnitus, usted cree que a menudo está irritable?			
15) ¿Por el tinnitus, es difícil leer?			
16) ¿El tinnitus le hace molesto?			
17) ¿El problema del tinnitus ha puesto estrés a las relaciones entre usted y los miembros de su familia o sus amigos?			
18) ¿Es difícil desviar la atención del tinnitus y prestarla a otras cosas?			
19) ¿Se siente que no tiene ningún control del tinnitus?			
20) ¿Por el tinnitus, se siente cansado a menudo?			
21) ¿Por el tinnitus, se siente deprimido?			
22) ¿El tinnitus le hace sentir ansioso?			
23) ¿Se siente que no puede aguantar más el tinnitus?			
24) ¿El tinnitus se empeora cuando está estresado?			
25) ¿El tinnitus le hace sentir inseguro?			
Solo Para Uso de Oficina			
	x 4	x 2	x 0
=			
Total			

HISTORIA DEL CASO/CUESTIONARIO (VNG)

Nombre: _____

Fecha: _____

Síntomas Relacionados con los Mareos

A. Por favor indique cuales de los siguientes síntomas “relacionados con los mareos” que usted ha experimentado:

El dolor de cabeza

La náusea

Los vómitos

La sensación de que te giras

La sensación de que se gira el ambiente

El mareo

El desequilibrio (*Vea lo abajo)

Las caídas (*Vea lo abajo)

La sensación de nadar en la cabeza

La presión en la cabeza

La dificultad de caminar en la oscuridad

No puede estar de pie sin apoyo

La pérdida de conciencia

La transpiración

El cambio de audición durante un episodio

El cambio del tinnitus (zumbidos) durante un episodio

*La pérdida de equilibrio cuando camina: Hacia la Derecha Izquierda No se sabe

*La tendencia caerse hacia: Derecha Izquierda Adelante Atrás No se sabe

La gravedad de sus síntomas: Es lo mínimo Es molesto Es grave Es lo extremo

Otros síntomas: (por favor, describe) _____

B. Inicio y duración: ¿Cuándo empezaron los primeros síntomas? _____

¿Había algunos cambios de la salud, de la vida, o de los medicamentos alrededor de ese tiempo? Sí No

Descripción del primer episodio. _____

¿Cuándo fue su episodio más reciente? _____

Frecuencia de los mareos: Constante Intermitente

Si son ataques intermitentes, ¿cuántos ataques de mareos ocurren por semana? _____

¿Usted está completamente libre de mareos entre los ataques? Sí No

¿Por cuánto tiempo duran los ataques? Segundos Minutos Horas Días Semanas Meses

¿Se puede explicar qué causa o provoca los ataques? (ex: movimiento de cabeza, estornudo/tos, ...)

¿Hay algo que usted puede hacer para parar el ataque? _____

C. Por favor, haz una lista de algunas condiciones de salud pertinentes que pueden afectar

La visión (como Glaucoma, cataratas, ...): _____

El movimiento (como las lesiones del cuello/espinales, discos dislocados, reemplazos de la cadera, ...): _____

D. Comentarios adicionales (si se aplica): _____

INSTRUCCIONES PARA LA PRUEBA VESTIBULAR (DE EQUILIBRIO)

1. La prueba de equilibrio puede durar entre 1-2 horas. Debido a la duración de estas citas, se requiere un aviso de cancelación/reprogramación de 48 horas. Por favor, llegue 15 minutos antes del principio de su cita programada para permitir registrarse.

2. Por favor avise la oficina si tiene mala visión sin lentes correctivos o si le han operado los ojos, incluyendo maquillaje permanente. Por favor, hable con el Audiólogo si tenga algunas preguntas o preocupaciones.

3. NO tome ningunos medicamentos no esenciales el día de su prueba. Evita: a. Medicamentos anti-vértigo: incluyendo Meclizine, Antivert, Ru-vert. b. Anti-histamínicos: incluyendo Chlor-trimeton, Dimetapp, Disophrol, Benadryl, Actifed, Teldrin, Hismanol, Clariton, o algunos remedios para el resfriado de venta libre c. Anti-depresivos: incluyendo Elavil, Pamelor, Prozac, Lithium d. Anti-náusea: incluyendo Atrax, Dramamine, Compazine, Antivert, Bucladin, Phenergan, Thorazine, Scopalmine, Transdermale. Anti-convulsivos: incluyendo Dilantin, Tegretol, Phenobarbital f. Narcóticos/Barbitúricos: incluyendo Codeine, Demerol, Phenaphen, Tylenol con Codeine, Percocet, Darvocet g. Sedantes: incluyendo Halcion, Restoril, Nembutal, Seconal, Dalmane, pastillas para dormir h. Tranquilizantes: incluyendo Valium, Librium, Atarax, Vistaril, Serax, Ativan, Librax, Xanax i. Drogas Recreativas j. **Medicamentos Permitidos:** Medicamentos esenciales/de mantenimiento incluyendo los para presión arterial, el corazón, la tiroides, Tylenol, insulina, estrógeno, etc.

4. NO lleve maquillaje, particularmente maquillaje de ojos incluyendo rímel/máscara

5. NO consuma ninguna cafeína ni alcohol (cerveza, vino, licór) 48 horas antes de su cita

6. NO coma ni beba nada 4 horas antes de su evaluación

7. Lleve ropa cómoda

8. Llame nuestra oficina con cualquieras preguntas! Estamos encantados de ayudarle!

Siempre consulte con su médico antes de discontinuar algún medicamento prescrito

**Se permite un refrigerio ligero para pacientes con diabetes