

## Formulario de ingreso para pacientes del Centro vestibular y de equilibrio

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Forma de contacto: Casa\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico\_\_\_\_\_

Describa el principal problema o la razón por la que nos visita:

¿Cuándo iniciaron los síntomas? \_\_\_\_\_

¿Los síntomas iniciaron gradualmente\_\_o de repente? \_\_\_\_\_

¿A sufrido alguno de los siguientes síntomas? \_mareo\_\_\_\_\_vértigo\_\_\_\_\_aturdimiento\_\_\_\_náusea \_\_\_\_\_vómito

Si siente que da vueltas, ¿ve que el cuarto da vueltas o siente que usted está dando vueltas?

\_\_\_\_El cuarto da vueltas\_\_\_\_\_yo doy vueltas

¿Cuánto tiempo duraron los síntomas? Segundos\_\_\_\_Minutos\_\_\_\_Horas\_\_Días\_\_\_\_\_

Si sus síntomas son episódicos, ¿se siente libre de síntomas entre los episodios? Sí\_\_\_\_\_No\_\_\_\_

Si No Si es afirmativo, por favor explique

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| ¿Siente que da vueltas? ¿Qué movimientos o posiciones lo causa?          |  |  |  |
| ¿Siente que pierde el equilibrio?  |  |  |  |
| ¿Pierde más el equilibrio en la oscuridad?                               |  |  |  |
| ¿Pierde más el equilibrio en superficies irregulares?                    |  |  |  |
| ¿A estado “a punto de caerse”?   |  |  |  |
| ¿Se ha caído?  |  |  |  |
| ¿Se ha lastimado por causa de sus síntomas?                              |  |  |  |
| ¿Se tropieza, se tambalea o se va de lado cuando camina?                 |  |  |  |
| ¿Se inclina hacia un lado cuando camina? ¿A la derecha o a la izquierda? |  |  |  |

Actualmente, ¿está sufriendo alguno de los siguientes síntomas?

Si No

Sí No

|   |  |  |   |  |  |
|---|--|--|---|--|--|
| ¿Sensación de que da vueltas?                 |  |  | Dolores de cabeza severos o recurrentes |  |  |
| Náusea y/o vómito                             |  |  | Desmayo cuando se mareo                 |  |  |
| Taponamiento y/o presión en los oídos         |  |  | Atarantado                              |  |  |
| Zumbido en los oídos                          |  |  | Debilidad/torpeza en brazos/piernas     |  |  |
| Cambios en su audición                        |  |  | Confusión/pérdida de la memoria         |  |  |
| Vista doble, borrosa, o problemas de enfoque. |  |  | Mareo cuando se levanta muy rápido      |  |  |



**Historia Médica (Seleccione Si o No) Si No**

**Si No**

|                              |  |  |   |  |  |
|------------------------------|--|--|---|--|--|
| Diabetes                     |  |  | Enfermedad de Meniere                       |  |  |
| Enfermedad del corazón       |  |  | Lesión en la cabeza                         |  |  |
| Marcapaso/Desfibrilador      |  |  | Convulsiones                                |  |  |
| Presión arterial alta o baja |  |  | Accidente cerebrovascular                   |  |  |
| Artritis                     |  |  | AIT (ataque isquémico transitorio)          |  |  |
| Migraña                      |  |  | Problemas de espalda                        |  |  |
| Depresión                    |  |  | Latigazo cervical o problemas con el cuello |  |  |
| Ansiedad                     |  |  | Sensibilidad al movimiento                  |  |  |
| Problemas de audición        |  |  | Problemas visuales                          |  |  |
| Cáncer                       |  |  | Enfermedad de Parkinson                     |  |  |
| Problemas respiratorios      |  |  | Otro (por favor explique)                   |  |  |

¿Ha sufrido alguno de los siguientes?

|                            | Si | No | Fecha |                                 | Si | No | Fecha |
|----------------------------|----|----|-------|---------------------------------|----|----|-------|
| Cirugía en el oído(s)      |    |    |       | Cirugía de corazón              |    |    |       |
| Cirugía en el cuello       |    |    |       | Tomografía computarizada        |    |    |       |
| Cirugía en la espalda      |    |    |       | VNG                             |    |    |       |
| Cirugía en la(s) pierna(s) |    |    |       | Imagen por resonancia magnética |    |    |       |

¿Ha tenido un accidente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si es afirmativo, descríbalo \_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos toma? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha tomado alguno de los siguientes medicamentos para su mareo/falta de equilibrio?

|                                    | Y | N |                            | Y | N |
|------------------------------------|---|---|----------------------------|---|---|
| Meclizine (Antivert)               |   |   | Difenhidramina(Benadryl)   |   |   |
| Escopolamina( parche transdermico) |   |   | Dimenhidrinato (Dramamine) |   |   |
| Diazepam (Valium)                  |   |   |                            |   |   |

**Historia social**

Ocupación \_\_\_\_\_

¿Tienes escaleras en su casa? Sí No \_\_\_\_\_ Si es así, ¿cuántas? \_\_\_\_\_

¿Fuma? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si fuma, ¿Cuánto al día? \_\_\_\_\_

¿Toma alcohol? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si, por favor especifique cuanto \_\_\_\_\_

¿Qué actividades recreacionales realiza de manera regular? \_\_\_\_\_

¿Qué metas tiene con respecto a la terapia? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_