

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: _____