

# EAR, NOSE AND THROAT ASSOCIATES OF CHESTER COUNTY

## EL MAREO Y EL EQUILIBRIO ESTUDIAN

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

### CONTESTE POR FAVOR TODAS PREGUNTAS

1. ¿ Cuàndo fue su primer ataque? \_\_\_\_\_
2. Describa lo que usted experimenta.  
Girar Aturdido Desmayàndose Sentimiento borracho Equilibre lejos  
Otro \_\_\_\_\_
3. ¿ Cuànto tiempo dura su mareo?  
Pocos segundos Los segundos a minutos Los minutos  
Avarias horas Las horas a días Continuo Otro \_\_\_\_\_
4. ¿ Con què frecuencia consigue usted mareado?  
Sòlo una vez Màs de una vez Frecuencia \_\_\_\_\_
5. ¿ Hace cualquiera del siguiente provoca sus ataques?  
Paràndose Dirija movimientos Sonidos fuertes Estornudar Esforzar  
Dar la vuelta en la cama Ènfasis Dieta Otro \_\_\_\_\_
6. ¿ Què hace su mareo mejor? \_\_\_\_\_
7. ¿ Què hace su mareo peor? \_\_\_\_\_
8. ¿ Tiene usted andar de dificultad en la oscuridad? Si No
9. ¿ Ha cambiado el mareo desde el primer episodio? Si No  
Si sì: Mejor – Peor Corto – Màs Largo
10. ¿ Tiene usted cualquiera de los sìnatomas siguientes? Marque por favor y RODEE la oreja (orejas) implicado.

### SI NO

- |     |     |                                                                      |              |         |           |
|-----|-----|----------------------------------------------------------------------|--------------|---------|-----------|
| ___ | ___ | 1. ¿ La dificultad en la audiciòn?                                   | Ambas Orejas | Derecho | Izquierda |
| ___ | ___ | 2. ¿ La pèrdida auditira que fluctua?                                | Ambas Orejas | Derecho | Izquierda |
| ___ | ___ | 3. ¿ El ruido en las orejas?                                         | Ambas Orejas | Derecho | Izquierda |
|     |     | Describe el ruido _____                                              |              |         |           |
|     |     | ¿ Cambia el ruido con el mareo? _____ Si eso es el caso, còmo? _____ |              |         |           |
| ___ | ___ | 4. ¿ La plenitude o el envaramiento en las orejas?                   | Ambas Orejas | Derecho | Izquierda |
| ___ | ___ | 5. ¿ Aflige en las orejas?                                           | Ambas Orejas | Derecho | Izquierda |
| ___ | ___ | 6. ¿ Descarga de las orejas?                                         | Ambas Orejas | Derecho | Izquierda |

# EAR, NOSE AND THROAT ASSOCIATES OF CHESTER COUNTY

## EL MAREO Y EL EQUILIBRIO ESTUDIAN

11. ¿ Jamàs la tenido usted cualquiera del siguiente?

Antibióticos intravenosos  
Quimioterapia

Radioterapia  
Sífilis

Cirugía de oreja  
Exposición de ruido

12. ¿ Ha experimentado usted cualquiera de los síntomas siguientes? Marque por favor y rodee o CONSTANTE o EN EPISODIOS para describir sus sentimientos más exactamente.

**SI**      **NO**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Diplopia	Constante	En episodios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. El entumecimiento de cara o extremidades	Constante	En episodios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Visión o ceguera enturbiadas	Constante	En episodios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Armamentos o piernas débiles	Constante	En episodios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Armamentos o piernas torpes	Constante	En episodios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. La confusión o la pérdida de conocimiento	Constante	En episodios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. La dificultad con discurso	Constante	En episodios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. La dificultad que traga	Constante	En episodios

13. ¿ Tiene usted cualquiera del siguiente problemas médicos?

La Diabetes      Los golpes      La hipertensión      La enfermedad de arteria de coronario  
La dificultad visual      Las tomas      Las migrañas      La enfermedad psiquiátrica \_\_\_\_\_  
Las alergias      Listan por favor \_\_\_\_\_

14. ¿ Qué medicinas toma actualmente usted? \_\_\_\_\_

15. El nivel de mi incapacidad del mareo es descrito mejor como:

Puedo trabajar, conducir, y no sentirse adversos de mi mareo.  
 Puedo continuar funcionar con mi mareo pero no óptimamente.  
 Necesito para parar cuando mareo pero puede volver a trabajar pronto después.  
 Soy incapacitado por periodos prolongados de tiempos a causa del mareo.  
 Puedo non salir de casa.  
 Soy incapacitado.

16. Hace cualquiera en la familia tiene:

Las migrañas      La enfermedad de Meniere      Desorden neurológico      La Ansiedad/ Depresión  
La pérdida auditiva

17. Si hay cualquier otra información de adicional que usted considera importante en describir su "mareo", entra por favor abajo.