



# CENTER FOR BALANCE DISORDERS

## CUESTIONARIO MÉDICO

http://www.bcm.edu/oto/cfbd/  
6501 Fannin Street Houston, Texas 77030  
Tel (713) 798-6336 Fax (713) 798-8658  
The Neurosensory Center of Houston  
3er Piso, Cuarto NA315

Nombre: \_\_\_\_\_ ID Number: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

A. ¿Tiene o ha tenido algunos de los siguientes síntomas? Marque la caja apropiada.

**Sí**    **No**

1. ¿Mareo?
2. ¿Desequilibrio?
3. ¿Sensibilidad a movimiento?
4. ¿Dificultad para oír? .....  Derecho.....  Izquierdo .....  Los dos oídos
5. ¿Ruido en los oídos? .....  Derecho.....  Izquierdo .....  Los dos oídos  
Describe el ruido: \_\_\_\_\_
6. ¿Siente los oídos tapados? .....  Derecho.....  Izquierdo .....  Los dos oídos
7. ¿Dolor en los oídos? .....  Derecho.....  Izquierdo .....  Los dos oídos
8. ¿Supuración de los oídos?.....  Derecho.....  Izquierdo .....  Los dos oídos
9. ¿Peforación en el tímpano?.....  Derecho.....  Izquierdo .....  Los dos oídos
10. ¿Infecciones frecuentes del oído? .....  Derecho.....  Izquierdo .....  Los dos oídos

B. Si tiene mareos/desequilibrio, responda a las siguientes preguntas.

1. ¿Cuándo empezaron los mareos o el desequilibrio? \_\_\_\_\_
2. Indique la frecuencia de los mareos o el desequilibrio. \_\_\_\_\_
3. Si tiene ataques de mareos (si los mareos no son constantes):
- a. ¿Cuál es la duración de los mareos o el desequilibrio? \_\_\_\_\_
  - b. ¿Cuándo tuvo el último mareo o desequilibrio? \_\_\_\_\_
  - c. ¿Entre ataques, esta Ud. completamente libre del mareo? \_\_\_\_\_
  - d. ¿Tiene algún aviso que el ataque le va a empezar? ¿Es gradual o repentino? \_\_\_\_\_
4. ¿Cuándo cambia de postura, siente mareo o el desequilibrio? \_\_\_\_\_
5. Sabe de alguna cosa que:
- a. ¿Para o mejora el mareo o el desequilibrio? \_\_\_\_\_
  - b. ¿Empeora el mareo o el desequilibrio? \_\_\_\_\_
6. ¿Sabe la causa del mareo? **Sí**  **No**  ¿Cuál es? \_\_\_\_\_
7. ¿Esta considerando cirugía en los oídos? **Sí**  **No**
- a. ¿Que tipo de cirugía? \_\_\_\_\_
  - b. ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
8. Ha tenido cirugía en la cabeza, o el cuello? (incluyendo los ojos, oídos, nariz) **Sí**  **No**
- a. ¿Que tipo de cirugía? \_\_\_\_\_
  - b. ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Por favor voltee la hoja y termine el cuestionario

C. Si el mareo esta asociado con alguna de las siguientes sensaciones, marque la caja apropiada.

**Sí No**

- 1. ¿Ligero de cabeza o sensación en la cabeza como si estuviera nadando?
- 2. ¿Pierde el conocimiento?
- 3. ¿Tendencia a caer?
- 4. ¿Siente que los objetos rodean o se mueven al rededor de Ud.?
- 5. ¿Siente que Ud. se mueve y que lo demas no?
- 6. ¿Pierde el equilibrio al caminar? ? ¿a la derecha?  ¿a la izquierda?
- 7. ¿Dolor de cabeza?
- 8. ¿náusea o vómito?
- 9. ¿Presión en la cabeza?
- 10. ¿Comentarios adicionales? \_\_\_\_\_

D. ¿Alguna vez ha sufrido alguno de los siguientes problemas medicos?

**Sí No**

- Alergias
- Infecciones del sinus
- Asma
- Bronquitis
- Enfisema
- Problemas de los ojos
- Problemas con la tiroides
- Diabetes
- Hipoglicemia
- Cancer

**Sí No**

- Resultados Positivos a HIV
- Presión alta
- Enfermedades del corazón
- Embolia
- Ataques/Epilepsia
- temblor
- Ataques nerviosos
- Claustrofobia
- Miedo de lugares altos
- Miedo de espacios abiertos

**Sí No**

- Paralisis
- Daño a la cabeza
- Otros Desorderdenes Neurologicos
- Danino a musculos, huesos, o coyunturas
- Dolor en el cuello o la espalda
- Protesis
- Artritis
- Osteoporosis
- Dependencia al alcohol
- Dependencia a narcoticos

¿Tiene o ha tenido otros problemas medicos o cirugías de las que aún no nos ha informado? Describa:

---

---

---

E. Por favor conteste lo siguiente:

1. ¿ Cuáles medicinas esta tomando? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tomo alguna de estas medicinas en las ultimas 24 horas? ¿Cuales? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Cuándo fue la última vez que fumo cigaros, cigarrillos, una pipa, o mastico tabaco? \_\_\_\_\_

3. ¿Cuántas veces al día consume cafeina? (e.g., en café, té, soda, chocolate)? \_\_\_\_\_

¡Gracias!