

**El presente cuestionario es sólo de
REFERENCIA para revisar el tipo de
preguntas que tendrá que contestar en el
cuestionario en línea.**

Cuando Usted agende una cita vía telefónica se le proporcionará un número de paciente y contraseña para contestarlo en línea.

Puede acceder al cuestionario desde la siguiente dirección:

www.mareo.com.mx/cuestionario

Centro de Vértigo, Mareo y Trastornos del Equilibrio

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Ocupación actual: _____

Nombre, dirección y correo electrónico de los médicos que desee Ud. que reciban copia de su valoración:

Favor de responder las siguientes preguntas lo más completo posible. **FAVOR DE TRAER ESTE CUESTIONARIO EL DIA DE SU CITA.** Las preguntas que conteste SI, favor de dar más detalles. Sabemos que este cuestionario es extenso, pero llenado de manera adecuada nos permitirá dedicar más tiempo a su problema en específico en vez de estarle interrogando todos estos detalles el día de su cita.

Describa su problema principal o la razón por la cual acude a consulta:

Describa en detalle las circunstancias y la fecha en que inicio su padecimiento así como sus síntomas iniciales. ¿Hubo alguna situación de estrés o ansiedad relacionada con el inicio del padecimiento?

Si Usted ha tenido episodios agudos e intensos de vértigo o mareo, favor de describir un **episodio típico** con el mayor detalle posible y describa la **frecuencia** y **duración** de estos episodios.

¿A qué le atribuye Usted la causa de su padecimiento?

1. Favor de marcar cuales de los siguientes síntomas caracterizan su padecimiento. Indique la severidad de los síntomas con 2 (severo), 1 (moderado) o 0 (ausente). Indique con un 0 si no tiene alguno de estos síntomas.

A. Sensación de inestabilidad

- () Problemas al caminar
- () Falta de equilibrio
- () Caídas

B. Sensación de movimiento de lo que le rodea o de su persona

- () Rotación (sensación de giro, de que cae continuamente o que las cosas dan vueltas)
- () Movimiento lineal (Sentir como si lo empujaran o lo jalaran por detrás)
- () Inclinación (Sentir que el piso se encuentra inclinado)

C. Sensaciones no asociadas con el movimiento de su ambiente

- () Sensación de que se va a desmayar o presión arterial baja
- () Sensación de estar flotando
- () Sensación de estar caminando en algodón o nubes
- () Sensación de que su cuerpo oscila
- () Sensación de giro dentro de su cabeza
- () Miedo o el evitar en lo posible estar en lugares públicos

D. Síntomas asociados

- () Sudoración
- () Nausea
- () Vómito
- () Malestar general

E. Problemas de la visión

- () Visión doble
- () Visión borrosa
- () Luces o flashes
- () Problemas para enfocar los objetos cuando camina o viaja en auto.

2. Indique que tanto influye lo siguiente en su mareo o inestabilidad al caminar:

Marque sólo una respuesta por cada pregunta	Nunca	A veces	Casi siempre
Girar en la cama, agacharse o girar la cabeza hacia arriba			
Pararse			
Movimientos rápidos de la cabeza			
Caminar en la oscuridad			
Caminar en superficies irregulares (pasto, arena, etc.)			
Sonidos fuertes			
Toser, estornudar, hacer esfuerzo, reírse, inflar globos.			
Movimiento de los objetos de su entorno			
Mover sus ojos sin mover la cabeza			
Lugares amplios y abiertos			
Túneles, supermercados, puentes			
Periodo menstrual			

3. Otras preguntas con respecto al mareo

	SI	NO
¿Puede usted provocar su mareo? Describa cómo.		
¿Tiene o ha tenido mareo al ir en auto, avión o barco? Indique desde cuándo.		
¿Evita o ha evitado situaciones donde haya movimientos o giros bruscos de su cuerpo o cabeza? (juegos mecánicos, carrusel) Indique desde cuando.		
¿Alguien ha observado que sus ojos brincan o se mueven cuando tiene un ataque de mareo?		

4. Indique si alguna vez ha padecido: (si contesta SI, escriba más detalles)

	SI	NO
Infección en los oídos		
Dificultad para escuchar		
Dolor, oídos tapados o sensación de presión		
Dolor, punzadas, adormecimiento, tics o debilidad en la cara		
Estrabismo (bizco), u ojo flojo *(lazy eye)		
Zumbido o escucha ruidos en los oídos. Si la respuesta es SI favor de indicar que tan seguido y la duración del zumbido en los últimos 6 meses e indique el lado.		

5. Interrogatorio por sistemas (Si contesta que SI por favor escriba más detalles)

En los últimos 6 meses ha notado:

	SI	NO
Pérdida significativa de fuerza		
Pérdida significativa de energía		
Subido o bajado 5 Kg. o más (indicar)		
Perdida significativa de memoria (amnesia)		
Cambio significativo al escribir a mano		
Piquetes, punzadas o adormecimiento en brazos o piernas		
Dolor muscular o de articulaciones (indique donde)		
Incontinencia urinaria (fuga de orina)		
Problemas con el sueño (indique insomnio o demasiado sueño)		
Sensación de falta de aire		
Problemas al masticar, tragar o hablar (indique).		
Incoordinación		
Palpitaciones (el corazón late mas rápidamente o de manera irregular)		

	SI	NO
Dolores de cabeza		
Si respondió que si ha tenido dolores de cabeza favor de contestar lo siguiente:		
Edad en la que comenzaron		
¿Cuántas veces al mes le sucede? ____ Indique la intensidad del 1 al 10 siendo el 10 lo mas severo) ____		
Desde que comenzaron los dolores de cabeza, ha tenido al menos 5 cuadros que:		
Duren al menos 4 horas		
Inicien en un lado de la cabeza (indicar el lado mas usual).		
¿Es punzante o pulsa?		
¿Han sido suficientemente severos para interferir con sus actividades?		
¿Se agravan con la actividad física rutinaria?		
¿Se asocian a nausea y/o vómito?		
¿Se agravan con la luz brillante o con sonidos fuertes?		

6. Antecedentes médicos (Favor de escribir detalles)

¿Ha tenido alguna lesión por traumatismos (choques, caídas, golpes)? (Describa las lesiones y la fecha)

¿Le han practicado alguna cirugía? (Describa que tipo de cirugía y la fecha)

¿Ha estado expuesto a algo de lo siguiente? (Escriba detalles y cuando ocurrió)

	SI	NO
Abuso infantil		
Antibióticos intravenosos		
Sonidos intensos (armas de fuego, maquinaria, música, etc)		
Adicción a drogas		

¿Ha padecido alguna de las siguientes infecciones? (Escriba detalles y cuando ocurrió)

	SI	NO
Sífilis o alguna enfermedad venérea		
Enfermedad de Lyme		
Meningitis		
Otras infecciones		

¿Ha padecido o padece actualmente? (Escriba detalles y cuando ocurrió)

	SI	NO
Problemas cardiacos		
Diabetes		
Enfermedad de la tiroides		
Tratamientos psicológicos o psiquiátricos		
Depresión____, Ansiedad____, Estrés____, Fobias____		
Colesterol elevado		
Presión arterial alta____ o baja____		
Dolor en la mandíbula o rechinado de dientes		
Pérdida de la conciencia (desmayos)		
Convulsiones o epilepsia		
Artritis		
Dolor en el cuello		

Escriba todas las enfermedades importantes, lesiones o cirugías no descritas anteriormente:

7. Antecedentes Sociales

	SI	NO
¿Toma o tomaba alcohol? ¿Qué tan frecuentemente?		
¿Fuma o fumó? (si la respuesta es SI conteste lo siguiente)		
¿Cuántas cajetillas al día?		
¿A qué edad comenzó?		
¿A qué edad lo dejó?		
¿Cuántas tazas o vasos de bebidas con cafeína consume diariamente? (Café, té negro, refrescos de cola)		

8. Historia Familiar

¿Algún miembro de la familia (padre, madre, hermanos o hijos) padece o ha padecido?

	SI	NO	PARENTESCO
Dolores de cabeza, migraña			
Síndrome de Meniere			
Pérdida de la audición			
Vértigo o mareo			
Problemas del equilibrio o temblor en alguna parte del cuerpo			
Diabetes			
Cáncer o tumores cerebrales			

Infartos o tromboembolias cerebrales			
Enfermedades del corazón			
Presión arterial alta			
Enfermedades psiquiátricas			
Otras enfermedades neurológicas			

Si sus padres viven anote sus edades: _____

Si sus padres ya fallecieron anote a que edad murieron y cual fue la causa: _____

9. Alergias a medicamentos

10. Medicamentos

Anote los medicamentos que actualmente toma, incluya hormonas, anticonceptivos, pastillas de dieta etc. (Anote el nombre, los miligramos y cada cuando los toma)

- | | |
|----|----|
| 1. | 5. |
| 2. | 6. |
| 3. | 7. |
| 4. | 8. |

11. Estudios y valoraciones

¿Le han practicado?

	SI	RESULTADO	FECHA
Examen de audición			
Valoración por un neurólogo			
Valoración por un oftalmólogo			
Valoración por un otorrinolaringólogo			
Pruebas calóricas (agua caliente y fría en los oídos)			
Resonancia magnética			

REPORTE MULTIDIMENSIONAL DEL MAREO

En los últimos 6 meses, ¿qué porcentaje del tiempo el mareo ha interferido con sus actividades?
Marque con una línea:

0% 20% 40% 60% 80% 90% 100%

Instrucciones: Por favor conteste las siguientes preguntas acerca de su mareo y de cómo afecta su vida. Lea cada pregunta y encierre en un círculo la respuesta debajo de la pregunta.

1. Califique el nivel de su mareo en este preciso momento

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente

2. Desde que su mareo inicio, ¿qué tanto el mareo ha cambiado su capacidad para trabajar?
(_____ Marque aquí si Ud. se encuentra retirado por otras razones que no sea su mareo)

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente

3. ¿Qué tanto su mareo ha cambiado su capacidad para realizar las tareas domésticas?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente

4. ¿Qué tanto su mareo ha restringido su participación en actividades sociales tales como ir a algún restaurante, ir al cine, bailar o asistir a reuniones?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente

5. ¿Hasta que punto su mareo le ha impedido manejar un automóvil?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente

PANAS

Esta sección consiste en un número de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada una y marque la respuesta apropiada en la línea de cada palabra. Indique hasta que punto Usted generalmente se siente de esa manera, esto es, como se siente en promedio. Use la siguiente escala para calificar sus respuestas:

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
___ interesado(a)		___ irritable		___ tenso(a)
___ estresado(a)		___ alerta		___ activo(a)
___ emocionado(a)		___ avergonzado(a)		___ miedoso(a)
___ molesto(a)		___ inspirado(a)		___ hostil
___ fuerte		___ nervioso(a)		___ entusiasmado(a)
___ culpable		___ determinado(a)		___ orgulloso(a)
___ espantado(a)		___ atento(a)		