



FLORIDA HOSPITAL

Rehabilitation and Sports Medicine

Cuando siente “mareos”, ¿tiene alguno de los siguientes síntomas?

Por favor, primero lea la lista completa.

Circule "sí" o "no" para describir adecuadamente lo que siente.

¿Siente confusión o que le da vueltas la cabeza?	Sí	No
¿Se desmaya o pierde el conocimiento?	Sí	No
¿Ve borroso cuando lee por un tiempo prolongado?	Sí	No
¿Siente que los objetos giran o dan vueltas a su alrededor?	Sí	No
¿Siente que está dando vueltas o gira en su interior mientras que los objetos externos permanecen inmóviles?	Sí	No
¿Tiene dolor de cabeza?	Sí	No
¿Tiene náuseas o vómitos?	Sí	No
¿Siente presión en la cabeza?	Sí	No

Circule “sí” o “no” y llene los espacios en blanco.

¿Se siente mareado frecuentemente?	Sí	No
¿En forma de ataques / crisis?	Sí	No
¿Cuándo fue la primera vez que tuvo mareos?	Sí	No
En caso de presentarse en forma de ataques / crisis, ¿con qué frecuencia se presentan?	Sí	No
¿Cuánto tiempo duran?	Sí	No
¿Cuándo fue su último ataque?	Sí	No
¿Tiene alguna advertencia de que está por comenzar un ataque?	Sí	No
¿Se presentan en algún momento determinado del día o de la noche?	Sí	No
¿Hay una completa ausencia de mareos entre cada ataque?	Sí	No

Circule “sí” o “no” y llene los espacios en blanco. Conteste todas las preguntas.

¿Se mareo al cambiar de posición?	Sí	No
¿Se mareo al darse vuelta en la cama?	Sí	No
¿Se mareo al inclinarse?	Sí	No
¿Se mareo al mirar hacia arriba?	Sí	No
Cuando se mareo, ¿necesita apoyarse en algo si está de pie?	Sí	No
¿Se mareo al girar la cabeza rápidamente?	Sí	No

¿Sabe o tiene idea de qué puede causar sus mareos?		
¿Sabe o tiene idea de qué detiene sus mareos o lo hace sentir mejor? (Describa)		
¿Sabe o tiene idea de qué empeora sus mareos? (Describa)		
¿Sabe o tiene idea de qué desencadena un ataque? Encierre en un círculo todas las opciones que correspondan. Fatiga, esfuerzo, hambre, período menstrual, tensión, trastornos emocionales, cambios en la presión. (Describa)		
¿Fuma o consume tabaco de alguna manera? ¿Qué cantidad?	Sí	No
¿Bebe alcohol? ¿Qué cantidad?	Sí	No
¿Consume cafeína (café, té, gaseosas, etc.)? ¿Qué cantidad?	Sí	No

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?
 Circule “sí” o “no” y en qué oído.

¿Tiene dificultades para oír?	Sí	No	Oído derecho	Oído izquierdo
¿Siente ruidos en los oídos?	Sí	No	Oído derecho	Oído izquierdo

¿Cambian los ruidos con los mareos? De esto ser cierto, ¿qué cambios nota?	Sí	No	
--	----	----	--

¿Siente que los oídos están llenos o congestionados?	Sí	No	Oído derecho	Oído izquierdo
¿Le duelen los oídos?	Sí	No	Oído derecho	Oído izquierdo
¿Tiene secreción de los oídos?	Sí	No	Oído derecho	Oído izquierdo

¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas?
 Circule “sí” o “no” y si el síntoma es “constante” o si se presenta en forma de “ataques”.

¿Ve doble, borroso o padece de ceguera?	Sí	No	Constante	Ataques
¿Se le adormece el rostro?	Sí	No	Constante	Ataques
¿Se le adormecen los brazos o las piernas?	Sí	No	Constante	Ataques
¿Siente debilidad en los brazos o las piernas?	Sí	No	Constante	Ataques
¿Siente torpeza con los brazos o las piernas?	Sí	No	Constante	Ataques
¿Tiene confusión o pérdida de	Sí	No	Constante	Ataques

conocimiento?				
¿Tiene dificultades para hablar?	Sí	No	Constante	Ataques
¿Tiene dificultades para tragar?	Sí	No	Constante	Ataques
¿Le duele el cuello o el hombro?	Sí	No	Constante	Ataques

¿Le han tomado una resonancia magnética (MRI por sus siglas en inglés) o una tomografía computarizada (CT por sus siglas en inglés) de la cabeza o del cuello?			Sí	No
¿Tiene problemas de la vista?			Sí	No
Circule todas las opciones que correspondan:	Astigmatismo	Cataratas	Ojo perezoso	Ceguera
¿Se ha sometido a alguna cirugía ocular/de los ojos? Por favor, descríbala.			Sí	No

¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas?
 Circule “sí”, “no” o “a veces”.

¿Le cuesta levantarse si está sentado/a?	Sí	No	A veces
¿Le cuesta levantarse si está acostado/a?	Sí	No	A veces
¿Le cuesta caminar a oscuras?	Sí	No	A veces
¿Le cuesta entrar a la ducha o tina de baño o salir de ella?	Sí	No	A veces
¿Se tambalea al caminar?	Sí	No	A veces
¿Le cuesta girar la cabeza mientras está caminando sin perder el equilibrio?	Sí	No	A veces
¿Le cuesta caminar sin apoyarse en los muebles o las paredes?	Sí	No	A veces
¿Le cuesta caminar sobre alfombras gruesas?	Sí	No	A veces
¿Pierde el equilibrio cuando camina sobre el césped?	Sí	No	A veces
¿Le cuesta subir escaleras fijas o escaleras de mano?	Sí	No	A veces
¿Pierde el equilibrio cuando camina en ambientes llenos de gente?	Sí	No	A veces
¿Pierde el equilibrio en los centros comerciales o tiendas de comestibles?	Sí	No	A veces

¿La falta de equilibrio es constante o intermitente?	Constante	Intermitente
--	-----------	--------------

En caso de ser intermitente, ¿con qué frecuencia aparece?

¿Cuándo fue la primera vez que apareció este síntoma?

¿Cuándo fue la última vez que apareció este síntoma?

¿Sabe o tiene idea de que le causa perder el equilibrio?

¿Tiene alguna advertencia cuando está por perder el equilibrio?

Circule “sí” o “no” y llene los espacios en blanco.
Conteste todas las preguntas.

¿Los síntomas varían según el momento del día?	Sí	No
--	----	----

¿Siente como si se inclinara hacia un lado?	Sí	No
---	----	----

hacia la derecha	hacia la izquierda
------------------	--------------------

¿Tiende a caerse?	Sí	No
-------------------	----	----

hacia la izquierda	hacia la derecha	hacia atrás	hacia adelante
--------------------	------------------	-------------	----------------

¿Pierde el equilibrio cuando camina?	Sí	No
--------------------------------------	----	----

se desvía hacia la derecha	se desvía hacia la izquierda
----------------------------	------------------------------

¿Utiliza algún elemento/equipo de asistencia?	Sí	No
---	----	----

¿Sale afuera con la compañía de alguna persona con frecuencia?	Sí	No
--	----	----

¿Teme salir afuera sin compañía?	Sí	No
----------------------------------	----	----

¿Ha sufrido depresión, ansiedad, nervios o tensión en el recientemente?	Sí	No
---	----	----

¿Con qué frecuencia se cae?

¿Cuándo fue la última vez que se cayó? ¿Cómo sucedió?

Por favor describa otras caídas.

¿Qué solía hacer que ahora le resulta imposible debido a sus mareos o problemas de equilibrio?
