

Por favor, llene este cuestionario y tráigalo a su cita:

Apellido: _____ Nombre: _____ S. Nombre: _____

Fecha: ___/___/___ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____

1. Cuando se siente mareado, ¿siente alguno de estos síntomas?:

- Aturdido Sí No
- Sensación de oleaje en su cabeza Sí No
- Pérdida de conciencia Sí No
- Objetos dando vuelta a su alrededor Sí No
- Pérdida de balance mientras camina Sí No A la derecha A la izquierda
- Tendencia a caerse Sí No
- Dolores de cabeza Sí No

2. Por favor, responda las siguientes preguntas:

- ¿Cuándo comenzaron sus mareos? _____
- ¿Sus mareos son constantes o esporádicos? _____
Si son esporádicos, ¿qué duración tienen? _____
¿Cada cuánto tiempo ocurren? _____
- ¿Sabe qué podría estar causando sus mareos? _____
- ¿Hay algo que mejore o que empeore sus mareos? ¿Si es así, qué? _____

- ¿Sus mareos son provocados por movimientos de cabeza/cuerpo? ¿Qué tipo de movimientos?

3. Por favor, indique si alguno de los siguientes síntomas están asociados con su problema:

- Náusea Sí No
- Vómitos Sí No
- Entumecimiento o debilidad en los brazos, piernas o cara Sí No
- Incremento en sensación con cambios en la posición de su cabeza Sí No
- Un cambio en su visión Sí No
- Caídas o pérdida de balance Sí No
- Problemas caminando en la oscuridad Sí No
- Presión en la cabeza Sí No
- Mareos causados por movimiento Sí No
- Temblores Sí No

4. Historial Médico. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas?

- Diabetes Sí No
- Ataques al corazón Sí No
- Derrame cerebral Sí No
- Presión alta Sí No
- Problemas emocionales Sí No
- Lesiones en la cabeza Sí No
- Alergias Sí No
- Problemas respiratorios Sí No
- Problemas en la espalda o la columna Sí No
- Problemas en el cuello Sí No
- Problemas neurológicos Sí No
- Esclerosis múltiple Sí No
- Epilepsia o ataques Sí No
- Artritis Sí No
- Problemas en los pies o en las piernas Sí No
- Problemas de circulación Sí No
- Neuropatía Sí No

5. Historial Visual:

- Ceguera Glaucoma Cataratas Visión Doble

- ¿Ha comprado anteojos recientemente? -----

6. Historial de Oído y Audición:

- ¿Tiene dificultad para escuchar? Sí No Oído Izquierdo Oído Derecho Ambos

- ¿Cuándo se percató de este problema? -----

- ¿Está empeorando? -----

- ¿Siente ruidos en sus oídos? Sí No

Por favor, describa los ruidos: -----

- ¿Ha tenido cirugía en los oídos? -----

- ¿Siente dolor en sus oídos? -----

- ¿Tiene drenaje en sus oídos? -----

- ¿Siente presión en sus oídos? -----

- ¿Le molestan ruidos muy fuertes? -----

7. Por favor, escriba en este espacio cualquier información que usted piense que es importante:

Evaluación para la Electronistagmografía (ENG/VNG)

Usted tiene una cita para el examen de ENG el día _____ a las _____ horas.

La **Electronistagmografía (ENG)** es una prueba realizada para evaluar el sistema vestibular (la porción del balance del oído interno). Esto ayudará a su doctor a determinar si este sistema está contribuyendo a los síntomas de los vértigos o mareos. El procedimiento es sencillo, sin dolor y requiere 1-1½ horas.

Debe llegar 15 minutos antes de su cita, ya que tenemos un cuestionario detallado referente a sus síntomas, para que usted lo complete antes de la prueba.

Ciertas sustancias pueden influenciar la respuesta del cuerpo a esta prueba, reduciendo su valor y validez.

NO TOME los siguiente medicamentos por un período de 24 HORAS antes de su cita:

- **Medicación Contra-náusea o Anti-vértigo** (Antivert, Rubert, Meclizine, etc.)
- **Tranquilizantes, Narcóticos, Barbitúricos, Sedantes o Pastillas para dormir**
- **Antihistamínicos**
- **Alcohol** en cualquier cantidad (incluyendo cerveza, vino o cualquier medicina que contenga alcohol)

Si usted tiene cualquier pregunta sobre sus medicamentos actuales (no nombrados), por favor consulte con su médico.

NO DESCONTINÚE las MEDICINAS del CORAZÓN, PRESIÓN ARTERIAL, INSULINA, CONVULSIONES o cualquier medicamento no mencionado en la lista anterior.

- **NO comer, beber o fumar cuatro horas antes de la prueba** (a menos que usted sea diabético o hipoglucémico)
- **Ninguna cafeína** (café, té o cola) después de la medianoche del día anterior.
- **Ropas** apropiadas cómodas y flojas.
- **No usar ningún maquillaje facial o en los ojos.**