



10414 Medical Loop, Unit F
Laredo, TX 78045
Phone: 956-462-5848
Fax: 956-462-5866

Bienvenido a Laredo Hearing & Balance Solutions

Qué esperar el día de su cita

Su visita incluirá una variedad de pruebas sencillas pero técnicamente avanzadas usando computadoras y equipos altamente especializados que no están disponibles en la mayoría de los centros médicos. No habrá agujas. Su cita durará 90 - 120 minutos.

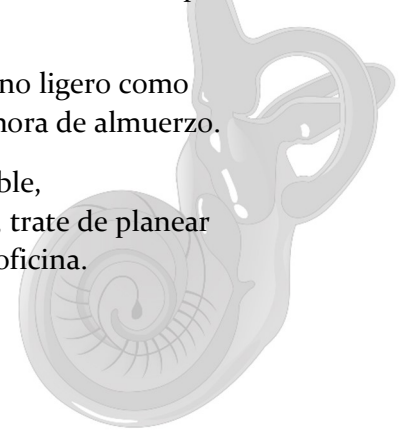
Antes de cada prueba se le dará una explicación detallada para que tenga una mejor comprensión de lo que se está siendo evaluado y por qué. Hacemos todo lo posible para que su visita sea cómoda y educativa.

Nos aseguraremos de discutir los resultados siempre que sea posible y enviar todos los resultados a su médico.

Qué hacer y qué no hacer

Para que podamos obtener resultados precisos, le pedimos que revise cuidadosamente las siguientes instrucciones:

1. Traiga su identificación con foto, tarjeta de seguro y lista de medicamentos.
2. **No use ningún maquillaje, incluyendo el rímel, delineador, o cremas faciales. Estos productos pueden interferir con los resultados.**
3. **No consuma bebidas alcohólicas durante 48 horas antes de la prueba.**
4. Ciertos medicamentos pueden afectar la respuesta del cuerpo a la evaluación, dando así un resultado falso o engañoso. Si es posible, evite tomar los siguientes medicamentos por 48 horas antes de su cita. **Medicamentos contra el vértigo: Anti-vert, Ru-vert, o Meclizine; Medicamentos contra las náuseas: Atarax, Dramamine, Compazine, Antiver, Bucladin Phenergan, Thorazine, Scopalomine, Transdermal.** POR FAVOR TRAIGA UNA LISTA DE SUS MEDICAMENTOS ACTUALES.
5. **Los medicamentos vitales NO DEBEN ser descontinuados. Continúe tomando medicamentos para el corazón, presión arterial, tiroides, anticoagulantes, anticonceptivos, antidepresivos y diabetes.** Si no está seguro sobre la interrupción de un medicamento en particular, consulte a su doctor de cabecera para determinar si es médicamente seguro que usted esté sin ellos durante 48 horas.
6. Coma liviano el día de su cita. Si su cita es en la mañana, puede consumir un desayuno ligero como pan y jugo. Si su cita es por la tarde, consuma un desayuno ligero y una merienda a la hora de almuerzo.
7. La prueba puede causar mareos que pueden persistir por minutos u horas. Si es posible, le recomendamos que alguien le acompañe a la cita. Sin embargo, si esto no es posible, trate de planear su día para incluir unos 15 a 30 minutos extra después de la prueba antes de salir de la oficina.



NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

Los trastornos del equilibrio pueden presentarse con una variedad de síntomas. Algunas personas pueden experimentar mareos o vértigo, mientras que otros pueden tener desequilibrio o inestabilidad. Por favor tome unos minutos para responder estas preguntas con respecto a su historial y a sus síntomas. Responda a lo mejor de su capacidad, pero tenga la seguridad de que sus respuestas no afectarán su evaluación.

¿Cómo o cuándo ocurrió su problema por primera vez? _____

¿Cuánto duró? _____

I. ¿Ha experimentado alguna de las siguientes sensaciones? Por favor, lea la lista completa primero. Ponga una 'X' en la casilla SÍ o NO, a lo que describa con mayor precisión sus síntomas.

- | SÍ | NO | |
|-----------------------|-----------------------|--|
| ☐ | ☐ | ¿Le afecta el movimiento, del mar? |
| ☐ | ☐ | ¿Tuvo mareo por movimiento cuando era niño? (como cuando va en su vehículo) |
| ☐ | ☐ | ¿Tiene historial familiar de mareo por movimiento? padres? ____ hermanos? ____ hijos? ____ |
| ☐ | ☐ | ¿Padece de migrañas? |
| ☐ | ☐ | ¿Ha estado expuesto a solventes, productos químicos, etc.? |
| ☐ | ☐ | ¿Se ha lesionado alguna vez la cabeza? ¿Cuándo? _____ |
| ☐ | ☐ | Si recibió una lesión en la cabeza, ¿estuvo inconsciente? |
| ☐ | ☐ | ¿Alguna vez ha tenido una lesión en el cuello? |
| ☐ | ☐ | ¿Alguna vez se ha caído? ¿Cuántas veces? _____ |
| | | ¿Dónde? _____ ¿Dentro de la casa? _____ ¿Fuera de la casa? _____ |
| ☐ | ☐ | ¿Tiene miedo de caerse? |
| ☐ | ☐ | ¿Toma algún medicamento regularmente? (e.j. tranquilizantes, anticonceptivos, barbitúricos, antibióticos, tiroides) ¿Cuál? _____ |
| ☐ | ☐ | ¿Consume alcohol? |

II. Si experimenta mareos, marque la casilla SI o NO y complete los espacios en blanco. Si no experimenta mareos, vaya a la siguiente sección (III).

- | SÍ | NO | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| ☐ | ☐ | ¿Su mareo es constante? |
| ☐ | ☐ | Si ocurre en ataques, ¿cuán frecuentes? _____ |
| ☐ | ☐ | ¿Está completamente libre de mareos entre ataques? |
| ☐ | ☐ | ¿Tiene alguna advertencia de que un ataque está por comenzar? |
| ☐ | ☐ | ¿Los mareos son provocados por movimientos de cabeza / cuerpo? Si es así, en qué dirección? _____ |
| ☐ | ☐ | ¿El mareo es peor en algún momento del día? Si es así, ¿cuándo? _____ |
| ☐ | ☐ | ¿Sabes de algo que detenga sus mareos o lo haga mejor? ¿Que? _____ |
| ☐ | ☐ | ¿Sabes de algo que empeore sus mareos? ¿Que? _____ |
| ☐ | ☐ | ¿Conoce alguna posible causa de su mareo? ¿Cual? _____ |

III. ¿Ha experimentado alguna de las siguientes sensaciones? Por favor lea la lista entera primero, luego marque la casilla SI o NO para describir sus sentimientos con mayor precisión.

SÍ	NO	
☐	☐	¿Cabeza ligera?
☐	☐	¿Sensación rara en la cabeza?
☐	☐	¿Pérdida de conciencia?
☐	☐	¿Objetos girando alrededor de usted?
☐	☐	¿Sensación de que está girando en el interior y los objetos externos permanecen estables?
☐	☐	Tendencia a caerse hacia la derecha o a la izquierda.
☐	☐	Tendencia a caerse hacia adelante o atrás
☐	☐	Pérdida de equilibrio al caminar girando hacia la derecha?
☐	☐	Pérdida de equilibrio al caminar girando hacia la izquierda?
☐	☐	¿Tiene problemas caminando en la oscuridad?
☐	☐	¿Tiene problemas girando hacia un lado u otro?
☐	☐	¿Náuseas o vómitos?
☐	☐	¿Presión en la cabeza?

IV. ¿Alguna vez ha experimentado alguno de los siguientes síntomas? Por favor marque la casilla SÍ o NO y circule si es Constante o si en Episodios.

SÍ	NO			
☐	☐	¿Visión doble?	Constante	En Episodios
☐	☐	¿Visión borrosa o ceguera?	Constante	En Episodios
☐	☐	¿Manchas en su visión?	Constante	En Episodios
☐	☐	¿Adormecimiento de la cara, brazos o piernas?	Constante	En Episodios
☐	☐	¿Debilidad en?	Constante	En Episodios
☐	☐	¿Confusión o pérdida de conocimiento?	Constante	En Episodios
☐	☐	¿Dificultad para pasar la comida?	Constante	En Episodios
☐	☐	¿Hormigueo alrededor de la boca?	Constante	En Episodios
☐	☐	¿Dificultad para hablar?	Constante	En Episodios

V. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas? Por favor marque la casilla para SI o NO y circule el oído involucrado.

SÍ	NO				
☐	☐	¿Dificultad para oír?	Ambos oídos	Oído derecho	Oído izquierdo
		¿Cuándo empezó? _____		¿Está empeorando? _____	
		¿La audición cambia con sus síntomas? Si es así, ¿como? _____			
☐	☐	¿Ruido en los oídos?	Ambos oídos	Oído derecho	Oído izquierdo
		Describe el ruido _____			
		¿El ruido cambia con sus síntomas? Si es así, ¿como? _____			
☐	☐	¿Hay algo que detenga el ruido o lo haga mejor? _____			
☐	☐	¿Sensación de presión en sus oídos?	Ambos oídos	Oído derecho	Oído izquierdo
		¿Esto cambia cuando esta mareado(a)? _____			
☐	☐	¿Dolor en sus oídos?	Ambos oídos	Oído derecho	Oído izquierdo
☐	☐	¿Supuración en sus oídos?	Ambos oídos	Oído derecho	Oído izquierdo

Historial Medico

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

NEUROLÓGICO

- ☐ Migraña
- ☐ Derrame cerebral
¿Si es así, cuando? _____
- ☐ Enfermedad de Parkinson
- ☐ Convulsiones/ Epilepsia
- ☐ Contusion cerebral / lesión en la cabeza
¿Si es así, cuando? _____
- ☐ Esclerosis múltiple
- ☐ Alzheimer
- ☐ Otro neurológico _____

CARDIOVASCULAR

- ☐ Ataque al corazón
¿Si es así, cuando? _____
- ☐ Marcapasos
- ☐ Enfermedad arterial periférica
- ☐ Hipertensión
- ☐ Presión arterial baja
- ☐ Otro cardiovascular _____

RESPIRATORIO

- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ Enfisema/ Pulmonal
- ☐ Asma
- ☐ Otro respiratorio _____

OTROS PROBLEMAS DE SALUD

ORTOPÉDICO

- ☐ Prótesis
¿Si es así, cuando? _____
- ☐ Artritis
- ☐ Problemas de espalda
- ☐ Cirugía de espalda
- ☐ Problemas de cuello
- ☐ Osteoporosis/ Osteopenia
- ☐ Otros ortopédicos

VISIÓN

- ☐ Cataratas
¿Si tubo cirugía, cuando? _____
- ☐ Glaucoma
- ☐ Degeneración macular
- ☐ Otro visión _____

OTRO

- ☐ Cáncer
Tipo _____
- ☐ Diabetes
- ☐ Neuropatía
- ☐ Depresión
- ☐ Ansiedad
- ☐ Tiroides
- ☐ Problemas gastrointestinales
- ☐ Artritis reumatoide
- ☐ Consumo de tabaco
¿Si es así, cuanto? _____
- ☐ Uso de alcohol
¿Si es así, cuanto? _____

continúa atrás >



Historial Medico

Enliste todos sus medicamentos y suplementos alimenticios

Prescripción(Nombre)	Dosis (mg)	Frecuencia	Ruta	Razón

Medicamento Sin Receta	Dosis (mg)	Frecuencia	Ruta	Razón

Suplementos y Vitaminas	Dosis (mg)	Frecuencia	Ruta	Razón



Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Visita Inicial / Seguimiento / Dar De Alta

Inventario de Discapacidades por Mareos (IDM)

POR FAVOR MARQUE CON UNA "X" EN EL CUADRO APROPIADO CON RESPECTO A SUS SÍNTOMAS DE MAREO / DESEQUILIBRIO

		SI	ALGUNAS VECES	NO
P1	¿Mirar hacia arriba aumenta su problema?			
E2	Debido a su problema, ¿se siente frustrado?			
F3	Debido a su problema, ¿restringe sus viajes de negocios o placer?			
P4	¿Caminar por el pasillo de un supermercado aumenta sus problemas?			
F5	Debido a su problema, ¿tiene dificultades para acostarse o levantarse de la cama?			
F6	¿Su problema restringe significativamente su participación en actividades sociales, como salir a cenar, ir al cine, bailar o ir a fiestas?			
F7	Debido a su problema, ¿tiene dificultades para leer?			
P8	Realiza actividades como deportes, baile, quehaceres domésticos (barrer o guardar los platos) aumenta sus problemas?			
E9	Debido a su problema, ¿tiene miedo de salir de su casa sin tener alguien que lo acompañe?			
E10	Debido a su problema, ¿se ha sentido avergonzado frente a otros?			
P11	¿Los movimientos rápidos de la cabeza aumentan su problema?			
F12	Por su problema, ¿evitas las alturas?			
P13	¿Darse la vuelta en la cama aumenta su problema?			
F14	Debido a su problema, ¿le resulta difícil hacer tareas extenuantes o trabajar en el jardín?			
E15	Debido a su problema, ¿tiene miedo de que la gente piense que está intoxicado?			
F16	Debido a su problema, ¿le resulta difícil salir a caminar solo?			
P17	¿Caminar por una banqueta aumenta su problema?			
E18	Debido a su problema, ¿le resulta difícil concentrarse?			
F19	Debido a su problema, ¿le resulta difícil caminar por su casa en la oscuridad?			
E20	Debido a su problema, ¿tiene miedo de quedarse solo en casa?			
E21	Debido a su problema, ¿se siente incapacitado?			
E22	¿El problema ha puesto estrés en sus relaciones con miembros de su familia? o amigos?			
E23	Debido a su problema, ¿está deprimido?			
F24	¿Su problema interfiere con su trabajo o con sus responsabilidades domésticas?			
P25	¿Inclinarse aumenta su problema?			

Used with permission from GP Jacobson. Jacobson GP, Newman CW: The development of the Dizziness Handicap Inventory. Arch Otolaryngol. Head Neck Surg 1990;116: 424-427

Rev. 05-2019

For Office Use Only

Score P: _____ E: _____ F: _____

16-34 Points (mild)

36-52 Points (moderate)

54+ Points (severe)