

## Admisión a servicios de rehabilitación: sistema vestibular y contusiones

¡Bienvenido/a! Complete este formulario lo mejor que pueda y devuélvalo en la recepción. ¡Gracias!

1. **Clasifique sus mareos durante los últimos días en una escala de 0 a 10. 0 = sin mareos 10 = los peores mareos imaginables.** Puede escribir un rango, como por ej. 0-3/10.

\_\_\_\_\_ / 10

2. **¿Cuántos días a la semana tiene síntomas?** \_\_\_\_\_

3. **Marque todos los síntomas que sienta:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mareos                 | <input type="checkbox"/> Aturdimiento                  |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del equilibrio | <input type="checkbox"/> Dolor u opresión en los oídos |
| <input type="checkbox"/> Niebla mental          | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos          |
| <input type="checkbox"/> Problemas de memoria   | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a los ruidos     |
| <input type="checkbox"/> Náuseas                | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz         |

4. **¿Tiene la sensación de estar girando o siente como si la habitación girase a su alrededor?** ☐ Sí ☐ No

a. Si la respuesta es Sí, ¿cuánto dura la sensación de giro? \_\_\_\_\_

b. ¿Cuándo fue la última vez que ocurrió? \_\_\_\_\_

5. **¿Tiene síntomas cuando se voltea en la cama?** ☐ Sí ☐ No

6. **¿Tiene síntomas cuando se levanta de la cama?** ☐ Sí ☐ No

7. **A continuación, marque todas las actividades con las que aumentan sus síntomas:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fatiga               | <input type="checkbox"/> Caminar                         |
| <input type="checkbox"/> Entornos concurridos | <input type="checkbox"/> Viajar en auto                  |
| <input type="checkbox"/> Estar sentado/a      | <input type="checkbox"/> Leer                            |
| <input type="checkbox"/> Estar de pie         | <input type="checkbox"/> Usar el teléfono/la computadora |

8. ¿Toma algún medicamento para los mareos? ☐ Sí ☐ No

a. Si la respuesta es Sí, indique el o los medicamentos aquí: \_\_\_\_\_

---

---

9. ¿Tiene antecedentes de alguno de los siguientes diagnósticos? (Marque todas las opciones que correspondan)

☐ Dolor de cuello

☐ Enfermedad de Meniere

☐ Cirugía de cuello

☐ Contusión

☐ Migrañas

☐ Accidente cerebrovascular (ACV)

10. ¿Se ha caído durante el último mes? ☐ Sí ☐ No

a. Si la respuesta es Sí, ¿cuántas veces se cayó durante el último mes? \_\_\_\_\_

b. ¿Cómo ocurrió la(s) caída(s)? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

## Inventario de discapacidad por mareo (DHI)

El fin de esta escala es hallar las dificultades que podría tener debido a los mareos o la falta de estabilidad. Para indicar su respuesta, marque con un círculo "Sí" ☐ "No" ☐ "A veces" en cada pregunta. **Responda cada pregunta en relación con su problema de mareos o falta de estabilidad únicamente. No omita ninguna pregunta.**

Fi1.	¿Aumenta su problema cuando mira hacia arriba?	Sí	A veces	no
E2.	Debido a su problema, ¿siente frustración ?	Sí	A veces	No
Fu3.	Debido a su problema, ¿limita sus viajes de negocios o de placer?	Sí	A veces	No
Fi4.	¿Aumenta su problema cuando camina por el pasillo de un supermercado?	Sí	A veces	No
Fu5.	Debido a su problema, ¿le cuesta subirse o bajarse de la cama?	Sí	A veces	No
Fu6.	¿Su problema limita de manera significativa su participación en actividades sociales como salir a cenar, ir al cine, ir a bailar o ir a fiestas?	Sí	A veces	No
Fu7.	Debido a su problema, ¿le cuesta leer?	Sí	A veces	No
Fi8.	¿Aumenta su problema cuando hace actividades más ambiciosas como practicar deportes, bailar y hacer tareas del hogar (como por ej. barrer o guardar los platos)?	Sí	A veces	No
E9.	Debido a su problema, ¿teme salir de su casa sin que alguien lo acompañe?	Sí	A veces	No
E10.	Debido a su problema, ¿se ha sentido avergonzado/a frente a otros?	Sí	A veces	No
Fi11.	¿Aumenta su problema cuando mueve la cabeza rápidamente?	Sí	A veces	No
Fu12.	Debido a su problema, ¿evita las alturas?	Sí	A veces	No
Fi13.	¿Aumenta su problema cuando se voltea en la cama?	Sí	A veces	No
Fu14.	Debido a su problema, ¿le cuesta hacer tareas del hogar o de jardinería extenuantes?	Sí	A veces	No

E15.	Debido a su problema, ¿teme que la gente pueda pensar que está en un estado de intoxicación?	Sí	A veces	No
Fu16.	Debido a su problema, ¿le cuesta salir a caminar solo/a?	Sí	A veces	No
Fi17.	¿Aumenta su problema cuando camina por la acera?	Sí	A veces	No
E18.	Debido a su problema, ¿le cuesta concentrarse?	Sí	A veces	No
Fu19.	Debido a su problema, ¿le cuesta desplazarse por la casa en la oscuridad?	Sí	A veces	No
E20.	Debido a su problema, ¿teme quedarse solo/a en casa?	Sí	A veces	No
E21.	Debido a su problema, ¿se siente discapacitado/a?	Sí	A veces	No
E22.	¿Su problema ha causado tensión en la relación con familiares o amigos?	Sí	A veces	No
E23.	Debido a su problema, ¿se siente deprimido/a?	Sí	A veces	No
E23.	¿Su problema interfiere con su trabajo o responsabilidades del hogar?	Sí	A veces	No
Fi25.	¿Aumenta su problema cuando se agacha?	Sí	A veces	No

Para uso exclusivo del profesional médico/a

	Sí	A veces	No	Total
Físico (7)	_____ x 4 = _____	_____ x 2 = _____	_____	_____ (28)
Emocional (9)	_____ x 4 = _____	_____ x 2 = _____	_____	_____ (36)
Funcional (9)	_____ x 4 = _____	_____ x 2 = _____	_____	_____ (36)
<b>Total</b>				<b>_____ / 100</b>

Inicio de los síntomas: \_\_\_\_\_

Motivo de la consulta (dolor, equilibrio, etc.): \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Pronombres (marcar con un círculo): Ella Él Indefinido Otro

¿Qué hace en su tiempo libre/cuáles son sus pasatiempos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué meta realista desearía alcanzar con la terapia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hay algo más que le gustaría que sepamos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<p>Queremos conocer <b>sus metas</b> porque estas nos ayudan a guiar su atención. A continuación, enumere tres actividades importantes con las que está teniendo dificultad o no puede hacer.</p>	<p><b>0 = No puede</b> realizar la actividad      <b>10 = Puede</b> realizar la actividad al mismo nivel que antes de la lesión o el problema</p>										
<p>¿Qué actividades le cuestan debido a su lesión o problema? Enumérelas abajo y marque su calificación actual.</p>	<p><b>CALIFICACIÓN <u>ACTUAL</u></b></p>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.											
2.											
3.											

**Marque todos los síntomas que siente actualmente:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos/sudoración              | <input type="checkbox"/> Equilibrio deficiente (caídas) | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inusual             |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo o entumecimiento                 | <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito          | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar              |
| <input type="checkbox"/> Depresión                                  | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar       | <input type="checkbox"/> Mareos                              |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza                            | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos                | <input type="checkbox"/> Mayor dolor durante la noche        |
| <input type="checkbox"/> Fatiga                                     | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir         | <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse/pensar |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la función vesical o intestinal |   |  |

**Marque cualquier antecedente médico o quirúrgico de los que debamos estar al tanto:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis                            | <input type="checkbox"/> Afección cardíaca          | <input type="checkbox"/> Lesión de la médula espinal                                     |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre                  | <input type="checkbox"/> Hernia                     | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/accidente isquémico transitorio (AIT) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hematológica             | <input type="checkbox"/> Presión alta               | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                              | <input type="checkbox"/> Colesterol alto            | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                            | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal/diálisis  | <input type="checkbox"/> Problemas de memoria  |
| <input type="checkbox"/> Infección resistente a los fármacos | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal/hepatitis | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones              | <input type="checkbox"/> Linfedema                  | ¿Está embarazada/dando de mamar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia                        | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple        | ¿Fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                           |

¿Es alérgico al látex y/o los adhesivos? ☐ Sí ☐ No

**Este año, ¿hizo alguna otra terapia o tratamiento de atención alternativa?**

- |                                       |  |  |                                      |
|---------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional | <input type="checkbox"/> Terapia del habla | <input type="checkbox"/> Quiropraxia |
| <input type="checkbox"/> Acupuntura   | <input type="checkbox"/> Masajes             |  |                                      |

¿Cuántas consultas realizó?: \_\_\_\_\_ Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_

**Gráfico corporal:**

En los diagramas corporales a continuación, marque las áreas en las que tiene síntomas.

**Marque con un círculo todas las opciones que correspondan:**

Dolor fulgurante/agudo

Dolor sordo/leve

Entumecimiento

Hormigueo

**Actualmente, mis síntomas:**

- ☐ Van y vienen
- ☐ Son constantes
- ☐ Son constantes, pero cambian con actividad

**Clasifique de 0 a 10 el dolor que sintió en los últimos días/semanas. 0 = sin dolor, 10 = el peor dolor imaginable.**

Actualmente, mi dolor: \_\_\_\_\_

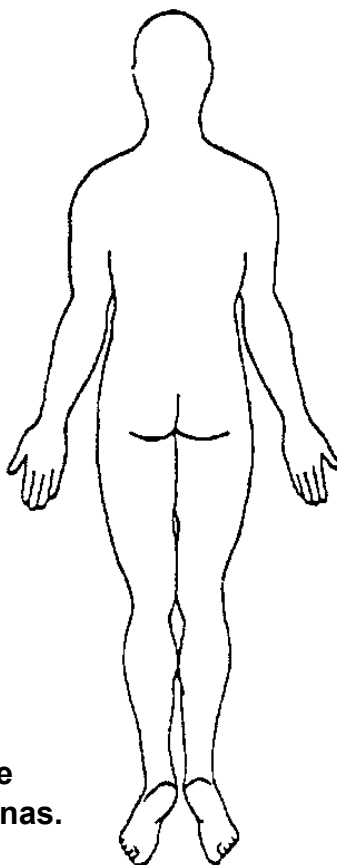
Siento el menor dolor: \_\_\_\_\_

Siento el mayor dolor: \_\_\_\_\_

Mis síntomas empeoran con: \_\_\_\_\_

Mis síntomas mejoran con: \_\_\_\_\_

(Izq.) – **Dorso** – (Der.)



(Der.) – **Frente** – (Izq.)

