

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 voltean 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)
Total _____ / 100				

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 sus metas 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>0 = No puede realizar la actividad</p> <p>10 = Puede 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>CALIFICACIÓN ACTUAL</p> <table border="1" data-bbox="812 1474 1509 1543"> <thead> <tr> <th>0</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th></tr> </thead> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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?

- Fisioterapia Terapia ocupacional Terapia del habla Quiropraxia
 Acupuntura 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: _____