



**CUESTIONARIO SOBRE EQUILIBRIO**

Específicamente, ¿experimenta ataques de vértigo (una sensación de estar girando)?  Sí  No  
Si respondió Sí, ¿cuánto duran estos ataques? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que ocurrió el vértigo? \_\_\_\_\_

Es el vértigo:

- Espontáneo:  Sí  No
- Inducido por el movimiento:  Sí  No
- Inducido por cambios de posición:  Sí  No

¿Experimenta una sensación de pérdida de equilibrio (desequilibrio)?  Sí  No

Si respondió Sí, la sensación de pérdida de equilibrio es:

- Constante:  Sí  No
- Espontánea:  Sí  No
- Inducida por el movimiento:  Sí  No
- Inducida por cambios de posición:  Sí  No
- Empeora con la fatiga:  Sí  No
- Empeora al aire libre:  Sí  No
- Empeora en la oscuridad:  Sí  No
- Empeora en superficies desniveladas:  Sí  No

La sensación de pérdida de equilibrio se presenta cuando está:

- Acostado(a):  Sí  No
- Sentado(a):  Sí  No
- De pie:  Sí  No
- Caminando:  Sí  No

¿Cae o ha caído (al piso)?  Sí  No

Si respondió Sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia cae? \_\_\_\_\_

¿Se ha lesionado?  Sí  No

Si respondió Sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Tropieza, se tambalea o da un paso al costado cuando está caminando?  Sí  No

¿Se desvía hacia un lado cuando camina?  Sí  No

Si respondió Sí, ¿hacia qué lado se desvía?  Derecho  Izquierdo

Historia Clínica Pasada Relacionada:

Padece usted de:

- |                        |   |                       |   |
|------------------------|---|-----------------------|---|
| Diabetes:              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad Cardíaca:  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Presión Arterial Alta: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de Cabeza:    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis:              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de Cuello:  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas de Espalda:  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas Pulmonares: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Debilidad o Parálisis: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                       |   |

Problemas Auditivos:  Sí  No Si respondió Sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

Problemas Visuales:  Sí  No Si respondió Sí, por favor describa: \_\_\_\_\_