

AUDIENCIA y EQUILIBRIO CUESTIONARIO

Nombre _____

Fecha _____

Por favor CIRCULO SI o NO y especifique. Escribe en el espacio que se deja después de cada pregunta, si desea añadir información. POR FAVOR RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS.

Si	No	Mareo o sensación de " nadar " en la cabeza
Si	No	Le da mareo girar la cabeza rápidamente
Si	No	Haz objetos giran o giran a su alrededor
Si	No	La sensación de que usted está dando vuelta / girar en el interior, objetos fuera restantes estacionaria
Si	No	Tiene náuseas o vómitos , que ha tenido alguna vez con episodios de mareos con náuseas
Si	No	La presión en la cabeza o las orejas. Cual.
Si	No	Es el constante mareos
Si	No	Es su mareos en los ataques Con qué frecuencia Cuánto tiempo duran Cuándo fue el último ataque Cuándo fue tu inicio mareos
Si	No	El vuelco en la cama causar mareos Izquierda o Derecha / En la parte posterior
Si	No	Es peor en un lado o por el que se en la espalda Cual
Si	No	Está mareado agacharse o Sentándose Cual _____
Si	No	Alguna vez has visto a un neurólogo Cuando _____ Quien _____
Si	No	Se pierde el equilibrio para caminar en la oscuridad Ir Izquierda o Derecha
Si	No	Conoces alguna posible causa de sus mareos. Que
Si	No	Hay algo que ayude con mareos Que
Si	No	Hay algo que lo empeora Que
Si	No	Que hace que empezar? (esfuerzo, el hambre, el ciclo menstrual, el estrés, el movimiento)
Si	No	(Mujeres) Está usted en control de la natalidad o reemplazos hormonales.
Si	No	Ha habido algún cambio en su ciclo menstrual
Si	No	Cambia el dolor de cabeza o mareos en cualquier forma
Si	No	Tiene dolores de cabeza o la historia de cefaleas / migrañas (padres, hermanos, abuelos, tías, tíos)
Si	No	Dificultad para oír Izquierdo Derecho Ambos
Si	No	Ruido en los oídos o en la cabeza Izquierdo Derecho Cabeza Qué suena?
Si	No	Se lleva audífonos (Izquierdo, Derecho, o Ambos) Cuánto tiempo ha desgastado estos audífonos _____ Dónde los conseguiste Qué oído es el peor
Si	No	Presión o dolor en los oídos
Si	No	Aprobación de la gestión de sus oídos

Si	No	Alguna vez has tenido cirugías de oído o implantes Cuando _____ Qué tipo de cirugía _____		
Si	No	Alguna vez has tenido un agujero en su tímpano o PE Tubos _____ Donde se realizará la cirugía _____		
HAS EXPERIMENTADO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS				
Si	No	Desmayo o pérdida del conocimiento o confusión		
Si	No	Luces fluorescentes causar mareos		
Si	No	Tiene doble visión o ceguera	constantes	episodios
Si	No	El entumecimiento de la cara	constantes	episodios
Si	No	Insensibilidad	constantes	episodios
Si	No	Debilidad o torpeza de brazos o piernas	constantes	episodios
Si	No	Dificultad para hablar ahora o en el pasado		
Si	No	Dificultad para tragar ahora o en el pasado		
Si	No	Ha tenido alguna erupción Cuando _____ Ha tenido varicela o tejas		
Si	No	Fue expuesto a humos irritantes , pinturas o cualquier material relacionado en su entorno Recientemente o en el pasado		
Si	No	Alguna vez ha estado alrededor ruido (trabajo o casa)	Cuando	Que
Si	No	Alguna vez ha sido tratado por cáncer	Cuando	
Si	No	Usted fuma o consume tabaco de cualquier forma	Cuánto	
Si	No	Utiliza el alcohol	Cuánto	
Si	No	Utiliza la cafeína (café, té, refrescos , etc.)	Cuánto	
Si	No	Ha estado alguna vez en un accidente automovilístico	Cuando	_____
Si	No	Alguna vez ha caído o golpearte la cabeza	Cuando	_____
Si	No	Ha estado acampando / al aire libre en los últimos 6 meses		
		Lista de medicamentos o proporcionar una lista _____ _____		
Sírvanse proporcionar cualquier información adicional que usted cree es importante (otras cirugías) _____ _____ Cirugías (corazón, pierna, brazo , espalda / cuello , pie / dedo del pie) _____ _____				
Si	No	Es usted un diabético		
Si	No	Ha sido diagnosticado con cualquier otra enfermedad o tener antecedentes familiares de alguna enfermedad Que _____		
Si	No	Has visto a otro médico para este problema Cuando _____ donde se ha visto _____		
POR FAVOR FIRME LA FORMA DE LIBERACIÓN DE REGISTROS PARA OBTENER				