

## NEURODIAGNOSTIC INTAKE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino

### SÍNTOMAS ACTUALES

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor sus síntomas?

- Desequilibrio  Caerse con más frecuencia  Ves todo girando a tu alrededor  
 Te sientes como si TÚ ESTUVIERAS girando, pero la habitación no está girando.  
 Náuseas  Sensación de vahído o desvanecimiento  Otros síntomas: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo duran sus síntomas sin detenerse?

- Segundos  Minutos  Horas  Días  Los síntomas son constantes

¿Cuántas veces por día/semana/mes/año (Seleccione el mas apropiado) tienes un episodio? \_\_\_\_\_

¿Ocurrió algo de lo siguiente antes del inicio de sus síntomas?

- Golpe en la cabeza o traumatismo craneoencefálico  Accidente automovilístico  Infección de las vías respiratorias  
 Cambio en su medicación  Una caída  Un virus o infección, por ejemplo, herpes zóster, herpes labial, COVID-19  Cirugía  
 Un evento estresante o alto estrés  Otros: \_\_\_\_\_

#### Seleccione uno:

¿Sus síntomas son iguales desde que comenzaron? \_\_\_\_\_

Si sus síntomas han mejorado o cambiado, ¿Cómo? \_\_\_\_\_

¿Hay algo que le haga mejorar sus síntomas? \_\_\_\_\_

### SÍNTOMAS DE EQUILIBRIO Y CAÍDA

¿Te has caído en el último año? \_\_\_\_\_

¿Tienes miedo de caerte? \_\_\_\_\_

¿Sientes que te estas inclinando hacia un lado mientras caminas? \_\_\_\_\_

¿Tiene neuropatía, entumecimiento u hormigueo en los pies o las piernas? \_\_\_\_\_

¿Ha disminuido su actividad física o ejercicio? \_\_\_\_\_

¿Tiene lesiones ortopédicas? Por favor explique: \_\_\_\_\_

### SÍNTOMAS DE MAREOS

¿Tiene antecedentes de migrañas? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su migraña mas reciente? \_\_\_\_\_

¿Alguno de los siguientes puede provocar, aumentar o empeorar sus mareos?

- Aumento del estrés  Saltarse una comida  No beber suficiente agua  
 Cambios en el clima  Ciertos alimentos: \_\_\_\_\_

¿Cuáles de los siguientes síntomas acompañan u ocurren inmediatamente antes de un episodio?

- Dolores de cabeza  Dolor de cuello  Pérdida de audición  Llenura o presión en un oído  
 Zumbido en el oído  Brillos o destellos en su visión  Sensibilidad a la luz, sonido, olfato

- Mi mareo es intenso, pero solo dura segundos o minutos.
- Me mareo cuando doy una vuelta en la cama.
- Tengo mareos de corta duración, donde todo a mi alrededor gira, que ocurren cuando me inclino para recoger algo.
- Tengo mareos de corta duración, donde todo a mi alrededor gira, que ocurren al acostarme.
- Mis mareos pueden ser provocados al colocar mi cabeza en ciertas posiciones.
- He tenido un solo episodio severo de mareo, donde todo giraba a mi alrededor, que duró de horas a un día.
- Después de mi gran episodio de mareo, donde todo giraba a mi alrededor, no pude caminar durante días sin caerme.
- Tuve un episodio de mareo, donde todo giraba a mi alrededor, por horas después de tener un resfriado, virus o gripe.
- Tuve pérdida de audición en un oído al mismo tiempo que tuve el episodio severo de mareo donde todo giraba a mi alrededor.
- Tengo episodios en los que me mareo, y me cuesta respirar.
- Me siento mareado todo el tiempo.
- Estoy ansioso la mayor parte del tiempo.
- Me molestan los patrones, las pantallas, o entornos visuales complejos, por ejemplo, los supermercados.
- Mis síntomas aumentan cuando paso de acostarme a sentarme o de sentarme a estar de pie.
- Cuando toso o estornudo, me mareo.
- Me mareo cuando me esfuerzo por levantar algo pesado.
- Cuando hablo, mi voz me suena anormalmente muy fuerte.
- Mi mareo es provocado con movimientos de cabeza (arriba/abajo y/o derecha/izquierda).
- Mi cabeza o yo mismo estamos girando todo el tiempo.
- Me siento desequilibrado, pero nunca siento que las cosas estén girando.

#### **HISTORIAL MÉDICO:**

- ¿Están bien controlados sus niveles de azúcar en la sangre, presión arterial y tiroides?
- ¿Tiene algún problema de visión?
- ¿Tiene pérdida auditiva?
- ¿Usa aparatos auditivos?
- ¿Tiene problemas con sus oídos?
  - Dolor de oído
  - Zumbido
  - Drenaje
  - Llenura

#### **ANTECEDENTES HORMONALES FEMENINOS**

- ¿Eres pre-/peri-/post-menopáusica?
- ¿Te has sometido a una hysterectomía? ¿Cuándo?
- ¿Ha tenido algún cambio en el uso de los anticonceptivos? ¿Cuándo?
- ¿Tienes algún desequilibrio hormonal?
- ¿Está recibiendo tratamiento para este problema?

