



Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

LUGAR DE PRUEBA:

- Brandon: 1139 Nikki View Dr. Brandon
- Tampa: 5105 N. Armenia Ave. Tampa
- Largo: 1301 2nd Ave. SW, 5th Floor, Largo
- Westchase: 7425 Monika Manor Dr., Tampa

Se les cobrará \$100 a los pacientes por no asistir a la cita de VNG o por no cancelar su cita con 24 horas de anticipación.

Cuestionario de Mareos

Por favor complete esta forma por ambos lados antes de la prueba de VNG. Por favor, siga todas las instrucciones en la página 3 de este paquete.

1. ¿El mareo es constante o intermitente?

- Constante.....
- Intermitente.....

2. Durante el mareo, se siente que:

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Usted está girando en círculos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| El mundo gira a su alrededor..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiene náuseas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Su cabeza está nadando..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es muy sensible a la luz o cambios en la iluminación..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es muy sensible a los sonidos o cambios en el sonido..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Si es así:</u> | | |
| Los sonidos le causan mareos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Los sonidos hacen que su mundo "tiemble"..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Mi audición:

- | | Un Oído | Sí | No |
|---|---------|--------------------------|--------------------------|
| Ha cambiado para lo mejor recientemente. | D/I | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha cambiado para lo peor recientemente..... | D/I | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha cambiado durante un ataque de vértigo..... | D/I | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Mis oídos:

- | | | | |
|---|-----|--------------------------|--------------------------|
| Timbran cuando tengo mareos..... | D/I | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se sienten llenos o que van a estallar cuando tengo mareos..... | D/I | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Me duelen cuando tengo mareos. | D/I | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Usted:

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Ha perdido la conciencia, se fue "en blanco", o se ha desmayado..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha tenido dolores de cabeza severos y prolongados con náuseas y/o sensibilidad a la luz.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha sido usted diagnosticado con migrañas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha tenido un miembro de su familia diagnosticado con migrañas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha tenido problemas para caminar en la oscuridad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Si su mareo viene en periodos, responda a las siguientes preguntas:

- Mi ataque típico de mareo dura: (escoge uno)
- Menos de 3 minutos.....
 - Más de 3 pero menos de 15 minutos.....
 - Más de 15 pero menos de 59 minutos.....
 - Más de 1 pero menos de 12 horas.....
 - Más de 12 horas pero menos de 1 semana.....
 - Semanas o Meses.....
 - Varía mucho.....

- Por lo general, un ataque de mareo ocurre: (escoge uno)
- Menos de una vez al mes.....
 - Al menos una vez al mes, pero menos de uno por semana.....
 - Al menos una vez por semana, pero no todos los días.....
 - Diario.....
 - Varía mucho.....

- ¿Cuál de las siguientes opciones describe sus síntomas?
- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Mareo en periodos, con descanso en el medio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mareo al estar sentado o parado..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mareos al rodar sobre la cama..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mareos al girar o mover la cabeza..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mareos cuando se inclina o agacha hacia abajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Los mareos duran unos segundos cuando se levanta rápidamente de una silla..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Por favor, indique si los mareos cambian:
- | | Más | Menos | No Cambia |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| En ciertas posiciones..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Para las mujeres, durante su período menstrual..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cuando se sienta o esta quieto(a)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Al mover la cabeza rápidamente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Breathe Well. Hear Well. Be Well.

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Videonistagrafía (VNG) es una prueba diseñada para evaluar la porción de su oído interno responsable por el equilibrio (sistema vestibular). Esta evaluación ayuda a determinar la causa de la sensación de mareo, vértigo, o desequilibrio. Los resultados de esta prueba determinará si su oído interno está contribuyendo a sus síntomas.

El día de la prueba

Por favor, no tome los medicamentos listados a continuación por **48 horas** antes de la fecha de la prueba. Ciertos medicamentos pueden influir la respuesta del cuerpo a la prueba, dando así resultados falsos.

- Alcohol: cerveza, vino, medicina para la tos
- Cafeína en las bebidas como el café y refrescos.
- Analgésicos-narcóticos: Codeína, Demerol, Phenaphen, Tylenol con codeína, Percocet, Darvocet
- Antihistamínicos: Cloro-Trimeton, Dimetapp, Disoprol, Benadryl, Actifed, Teldrin, Hismanol, Claritin... cualquiera de los remedios para el resfrío de venta libre.
- Medicamentos anticonvulsivos: Dilantin, Tegretol, Fenobarbital
- Medicina anti-vértigo: Anti-vert, Ru-vert, Meclizina
- Medicamentos contra las náuseas: Atrax, Dramamine, Compazine, Anti-vert, Bucladin, Phenergan, Thorazine, Scopalomine, Transdérmica
- Sedantes: Halcion, Restoril, Nembutal, Seconal, Dalmane, o cualquier pastilla para dormir
- Tranquilizantes: Valium, Librium, Atarax, Vistaril, Serax, Ativan, Librax, Xanax
- Puede tomar medicamentos para la presión arterial, medicamentos para el corazón, medicamentos para la tiroides, Tylenol, insulina, estrógenos, etc.

Siempre consulte con su médico antes de suspender cualquier medicamento prescrito

Por favor, **no use maquillaje de ojos**, ya que interfiere con la grabación de los resultados de las pruebas. Coma liviano y use ropa cómoda.

Toda la batería de pruebas durará aproximadamente una hora. Inicialmente, se completará una prueba de audición (si no se lleva a cabo en la evaluación inicial) y una evaluación de su balance. Estas dos pruebas se correlacionan con los resultados del VNG.

El VNG

El VNG se realiza observando los movimientos del ojo con un par de gafas especiales mientras se hace una variedad de actividades sencillas. Esto se puede realizar independientemente de lo bien que pueda ver y los lentes de contacto pueden ser usados. No se utilizan agujas en la prueba y no se requiere esfuerzo físico considerable.

Después de la prueba de audición y detección del equilibrio, el VNG tendrá cuatro partes:

- 1) La observación de una respuesta entre el oído y el cerebro en respuesta a un sonido de "clic" y la activación de los músculos del cuello. Etiquetas serán pegadas en la frente y el cuello, y luego un ruido elevado haciendo "clic" será hecho en los oídos. Durante este tiempo, se le pedirá que levante y gire la cabeza aproximadamente por 30 segundos lejos del ruido.
- 2) La observación de los movimientos del ojo mientras está sentado(a). Se le pedirá seguir una luz con los ojos, para mirar en diferentes direcciones y mover suavemente su cabeza de lado a lado en diferentes momentos.
- 3) La observación de los ojos, mientras que están en posiciones físicas variadas. Se acostará de espalda y seguirá instrucciones de cómo mover la cabeza en diferentes momentos.
- 4) La observación de los ojos mientras una suave corriente de aire se coloca en sus oídos, uno a la vez. Mientras que está cómodamente reclinado(a), el médico regará sus oídos con un flujo suave de aire caliente y frío. Esto puede causar una sensación de movimiento durante el procedimiento, que es artificial y temporal.

Nota: Es imposible que cualquier parte de esta prueba le empeore sus síntomas.

Cada parte de la prueba será explicada, y se hará todo lo posible para asegurar que su visita sea agradable y cómoda. Algunas personas que son sensibles al movimiento deben coordinar para que alguien lo acompañe a la cita y/o lleve a su hogar.

Después de la prueba

Si se indica tratamiento inmediato a sus síntomas, esto será explicado. También tendrá seguimiento con su médico ENT una semana después para su informe de resultados, y para tener las recomendaciones médicas.

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a la prueba de VNG, por favor llame a la oficina y pida hablar con el Departamento de Audiología.