

**MEMORIAL NEUROLOGICAL ASSOCIATION**

William H. Fleming, III, M.D.  
Nelson A. Berrios, M.D.  
Herbert P. Edmundson, Jr., M.D. , PH.D

7777 Southwest Freeway, Suite 900  
Houston, TX 77074  
Ph (713) 772-4600  
Facsimile (713) 772-2210  
[www.memorialneurological.com](http://www.memorialneurological.com)

Neurología General  
Electromiografía  
Electroencefalograma  
Potenciales Evocados  
Ultrasonografía Duplex  
Neurosonografía  
Terapia IDD  
Neurofisiatría

**Cuestionario de los Mareos y Vértigo**

**Por favor haga un circulo a las que aplique**

Cuando se siente mareado(a) o cuando tiene vértigo usted percibe:

Movimiento            Se siente la cabeza liviana            Inestable al caminar

Tiene usted :

Dolor en los oídos	Visión borrosa	Náusea	Corto de respiración
Pérdida de audición	Visión Doble	Vómito	Adormecimiento de los labios
Ruido en los oídos	Confusión	Fatiga	Dolor del cuello\hombros
Síntomas de la gripe o catarro	Dificultades para hablar	Desmayo o casi desmayo	Ansiedad
Alergias	Debilidad	Palpitaciones	Golpe a la cabeza
Dolor de cabeza	Adormecimiento del cuerpo	Dolor de pecho	Otra : _____

Como suena el ruido que percibe en los oídos: Alto,            Bajo,            Caracol o Concha,            Musical.

Yo me siento mareado(a) cuando:

Me inclino	Voltea rapido	Cambio de clima
Me agacho	Me levanto de una silla	Menstracion
Doy Veulta en la cama	Come	Otra: _____

Los siguientes facors empeor mis síntomas:

Tociendo	Ruidos Fuertes	Bajandose de su auto
Empujando	Otra: _____	

Que hace para mejorar su síntomas de mareos: \_\_\_\_\_

Tratamientos que ha intentado en el pasado: \_\_\_\_\_

Exámenes que se ha hecho en el pasado: MRI, MRA, EEG, ENG, CT SCAN (TAC), EVALUACIÓN SINUSITIS, AUDIOGRAMA, PRUEBAS DE SANGRE.

La severidad de sus sintomas son : Mínimo,            Molestoso,            Moderado,            Incapacitante

Cual es la frecuencia de sus síntomas ? \_\_\_\_\_/por semana \_\_\_\_\_/por mes.

Cuanto tiempo dura cada atague de mareo: segundos, menos de un minuto, minutos a una hora, horas a días, días a semanas, meses a años.

**Nombre de Paciente :** \_\_\_\_\_ **Acct #:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_