

Cuestionario de Mareos/Falta de Estabilidad

Nombre: _____ Fecha: _____

SECCION I

1. Favor de calificar el nivel de su dolor al hacer actividad:

NO DOLOR = 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = DOLOR MUY SEVERO

SECCION II – Parte 1

Instrucciones: El propósito de esta escala es poder identificar las dificultades que experimenta debido a sus mareos o falta de estabilidad. Favor de indicar su respuesta circulando “si” o “no” o “algunas veces” para cada pregunta. Conteste cada pregunta de acuerdo con el problema de sus mareos o falta de estabilidad.

- | | | | | |
|------|---|----|----|---------------|
| P1. | ¿El voltear hacia arriba aumenta su problema? | Si | No | Algunas veces |
| E2. | ¿Se siente frustrado debido a su problema? | Si | No | Algunas veces |
| F3. | ¿Limita sus actividades de viaje por negocios o recreación debido a su problema? | Si | No | Algunas veces |
| P4. | ¿Aumenta su problema el caminar por un pasillo en la tienda? | Si | No | Algunas veces |
| F5. | ¿Tiene dificultad para acostarse o pararse de la cama debido a su problema? | Si | No | Algunas veces |
| F6. | ¿Su problema lo limita mucho a participar en actividades sociales tales como, salir a cenar, salir al cine, bailar, o ir a fiestas? | Si | No | Algunas veces |
| F7. | ¿Tiene dificultad para leer debido a su problema? | Si | No | Algunas veces |
| P8. | ¿Aumenta su problema el hacer actividades más físicas como hacer deportes, bailar, hacer quehaceres en casa tales como barrer o guardar los platos? | Si | No | Algunas veces |
| E9. | ¿Tiene miedo a salir de casa sin alguien que lo acompañe debido a su problema? | Si | No | Algunas veces |
| E10. | Debido a su problema, ¿se ha sentido avergonzado frente a otros? | Si | No | Algunas veces |
| P11. | ¿Aumenta su problema el mover rápido su cabeza? | Si | No | Algunas veces |
| F12. | ¿Evita las alturas debido a su problema? | Si | No | Algunas veces |
| P13. | ¿Aumenta su problema el voltearse en la cama? | Si | No | Algunas veces |
| F14. | ¿Es difícil para usted hacer actividades pesadas en el hogar o el jardín debido a su problema? | Si | No | Algunas veces |

Cuestionario de Mareos/Falta de Estabilidad

E15.	Debido a su problema, ¿tiene temor de que la gente piense que este ebrio?	Si	No	Algunas veces
F16.	¿Es difícil salir a caminar usted solo por a su problema?	Si	No	Algunas veces
P17.	¿Aumenta su problema el caminar en la banqueta?	Si	No	Algunas veces
E18.	¿Es difícil para usted concentrarse debido a su problema?	Si	No	Algunas veces
F19.	¿Es difícil caminar en la oscuridad en su hogar debido a su problema?	Si	No	Algunas veces
E20.	Debido a su problema, ¿tiene temor a quedarse solo en casa?	Si	No	Algunas veces
E21.	¿Se siente discapacitado debido a su problema?	Si	No	Algunas veces
E22.	¿Ha causado tensión en su relación con los miembros de su familia o amigos el problema que esta teniendo?	Si	No	Algunas veces
E23.	¿Se siente deprimido por su problema?	Si	No	Algunas veces
F24.	¿Interfiere su problema con su trabajo o sus responsabilidades en el hogar?	Si	No	Algunas veces
P25.	¿Aumenta su problema el agacharse?	Si	No	Algunas veces

SECCION II – Parte II

Instrucciones: Ponga una palomita en la caja que mejor lo describa:

- Son síntomas insignificantes (0)
- Son síntomas que me molestan un poco (1)
- Puedo hacer mis tareas en el trabajo, pero los síntomas interfieren con otras actividades (2)
- Los síntomas afectan mi desempeño tanto en mis tareas en el trabajo como en otras actividades (3)
- Actualmente no estoy trabajando o tuve que cambiar mi empleo por los síntomas (4)
- No he podido trabajar por más de un año o he tengo discapacidad permanente con compensación monetaria (5)