



Dr. Rodriguez
Audiology & Hearing Center

1000 w 4th st. (575)-623-8474 Fax (575) 623-8220

Instrucciones Para Un Examen Equilibrado

Su cita ha sido programada para _____ a las: _____ para su examinacion de equilibrio y(o) audición.

Por favor siga estas instrucciones exatamente.

Por favor traiga un traductor a su cita.

Es muy importante que te alguien te conduce hacia y desde esta cita.

SI USTED NO SE PRESENTA A SU CITA SIN AVISO DE 24 HORAS, NO SE PERMITIRÁ CITA NUEVA.

Favor de completar estas formas traígalas consigo a su siguiente cita. Nó las envíe por correo. Nó las deje en nuestro despacho. Si no trae las formas con usted al venir a su cita, tendrá que hacer o conseguir otra cita.

Si toma medicamentos para el sueño, tranquilizadores, estabilizadores de humor, para el dolor, antihistaminas, antidesmayos, sedantes ú barbiturates. **Nó tome ninguno de estos 48 horas antes de la hora de su cita.**

Pero sí puede tomar su medicamento para tiroides, el Corazon, diabetes, colesterol, y desordenes respiratorias. Si duda acerca de cuales medicamentos puede tomar ó no, pregunte a su médico para saber si algunas de ellas podrán afectar su sistema nervioso.

Nó tome café, coka, te, bebidas alcohólicas, ni ningun otro estimulante (bebidas que contengan cafeína) **24 horas** antes tomar su examen. **No use tabaco en cualquier forma 24 horas antes.** **No coma nada 4 horas** antes de tomar su examen. No use maquillaje incluyendo pintura para pestanas. Vístasa cómodamente.

Examinaremos su equilibrio con tres procedimientos.

1. Siguiendo un puntillo de luz con sus ojos.
2. Volteando sus rostro ú cuerpo a diferentes posiciones.
3. Mojando sus oidos con agua tibia y después con agua fría.

El movimiento de sus ojos será archivado con una camara video adherida a un par de anteojos saltones.

Este procedimientos se toma como hora y media a dos horas, es simple y sin dolor. Los resultados seran enviados a su médico.

Anticipando verle pronto. Llame 575-623-8474 si tiene alguna pregunta.



Dr. Rodriguez
Audiology & Hearing Center

1000 w 4th st. (575)-623-8474 Fax (575) 623-8220

Examen Para Vertigo

Nombre del Paciente/FDN _____ / _____ Fecha de Hoy: _____
(Nombre) (Fecha de nacimiento)

Favor de contestar todas las preguntas

¿Cuándo comenzo el problema de vertigo? _____
(Fecha)

¿Cuándo se siente desvanecido “vertigo” experimenta cualquiera de las siguientes sensaciones?

Favor marque “Sí” o “No”

- | | | |
|--|----|----|
| • Ligero de cascos | Sí | Nó |
| • Sensacion de nado en la cabeza | Sí | Nó |
| • Perdida de equidad | Sí | Nó |
| • Tendencia de caerse | Sí | Nó |
| • Caerse al lado derrecho | Sí | Nó |
| • Caerse al lado izquierdo | Sí | Nó |
| • Caerse hacia adelante | Sí | Nó |
| • Caerse hacia atras | Sí | Nó |
| • Objetos rotando u volteandose a su derredor | Sí | Nó |
| • Sensacion que sus dentros estan rotando u volteandose mientras todo esta estable | Sí | Nó |
| • Perdida de equilibrio mientras va caminando | Sí | Nó |
| • Desviandose a la deracha | Sí | Nó |
| • Desviandose a la izquierda | Sí | Nó |
| • Dolor de cabeza | Sí | Nó |
| • Basca u vomito | Sí | Nó |
| • Presion en la cabeza | Sí | Nó |

Favor poner un circulo en “si” u “no” y complete linia en blanco si se aplica

- | | | |
|---------------------------------|----|----|
| • Mi desavenencia es constant | Sí | Nó |
| • Mi desavenencia es en ataques | Sí | Nó |

¿Si contesta “si” que tan seguido? Seguido/ Moderadamente/ No Seguido/ Noseguro

Su mas reciente atague o desavenencia _____
(fecha)

- ¿Cuanto tiemp duran sus ataques? Semanas/ Dias/ Horas/ Minutos/ Segundos

Continúa en la parte de antrás para completer este formulario



Dr. Rodriguez
Audiology & Hearing Center

1000 w 4th st. (575)-623-8474 Fax (575) 623-8220

Estudio Desvancimiento Continuado

- | | | |
|---|----|----|
| • ¿ Se puede dar cuenta cuando un atague comenzara? | Sí | Nó |
| • ¿ Esta usted libre de desvanencias entre ataques? | Sí | Nó |
| • ¿ Cuando cambia de postura produce desvanencia? | Sí | Nó |
| • ¿ Tiene problemas andando en la scuridad? | Sí | Nó |
| • Cuando tiene vertigo, ¿se puede quedar parado sin asistencia? | Sí | Nó |
| • ¿ Sabe de alguna cosa que le cause vértigo? | Sí | Nó |

Si lo sabe explique: _____

- | | | |
|---|----|----|
| • ¿ Sabe de alguna cosa que le quite el vértigo ú cuando menos que le ayude a sentirse mejor? | Sí | Nó |
|---|----|----|

Si lo sabe explique: _____

- ¿ Sabe de alguna cosa que haga el vértigo peor?

Si lo sabe explique: _____

- | | | |
|---|----|----|
| • ¿ Sabe de alguna cosa que haga precitar un ataque de vértigo? | Sí | Nó |
|---|----|----|

Si lo sabe explique: _____

- | | | |
|---|----|----|
| • ¿ Alguna vez estuvo en peligro de vapors irritants, pinturas, etc. al comienzo de su vertigo? | Sí | Nó |
| • ¿ Sufre usted de alergias? | Sí | Nó |
| • ¿ Se ha lastimado su cabeza? | Sí | Nó |
| • ¿ Estuvo inconciente? | Sí | Nó |

¿ Tiene algunos de los siguientes síntomas? Ponga un círculo en Sí o Nó y otro en cual oido.

- | | | | |
|------------------------------------|--|----|--------------------------------|
| • Dificultad para oir bién | Sí | Nó | Izquierdo/Derecho/Ambos |
| • Ruido en los oidos? | Sí | Nó | Izquierdo/Derecho/Ambos |
| • Describe el ruído | Resonante / Silbido / Estático / otro _____ | | |
| • Cambia el sonido con el vertigo? | Sí | Nó | |
| si cambia, explique _____ | | | |
| • Llenura origidez de oidos | Sí | Nó | Izquierdo/Derecho/Ambos |
| • Dolor de los oidos | Sí | Nó | Izquierdo/Derecho/Ambos |
| • Derrame de los oidos | Sí | Nó | Izquierdo/Derecho/Ambos |

Favor de ver la siguiente página

