

Florida ENT Adult and Pediatric,PA

INSTRUCCIONES PARA LA PRUEBA DE DESEQUILIBRIO

Su cita para la prueba de el desequilibrio es para la fecha: _____

La prueba de desequilibrio diseñado para información a su médico con respecto a la fuente de su mareo. La prueba requiere una hora de su tiempo. **Llegue por favor 10 minutos temprano a su cita. Si usted llega más de cinco (15) minutos tarde nosotros le daremos otra cita.**

La prueba tiene tres partes principales: .

- (1) Llevar cuenta de el movimiento de sus o (siguiendo una luz con sus ojos);
- (2) Usted sera colocado en posiciones diferentes (cara y cuerpo).
- (3) Se hara Circulacion/Irrigacion en cada oido y se le pondra aire tibio y frío. A través de la prueba se le colocara gafas del cuál registrará el movimiento de ojos. Porciones de la prueba pueden inducir una sensación de mareo pero este efecto es breve y temporario. No habra ningun dolor, ni utilización de agujas. **Recomendamos que tenga a alguien que lo traiga a su cita en caso de que experimente mareo por resultado de la prueba y no este dispuesto a manejar.**

Como prepararse?

La nota: Siguiendo estas instrucciones obtendremos un resultado exacto y seguro de la prueba. De no cumplir con estas instrucciones, resultara en hacerle otra cita.

- 1. Dejar de tomar medicinas 24 horas antes del día de su prueba MENOS los que tengan que ver con su corazón ,alta presión para, la diabetes. (Vea página de medicinas.)**
2. Ningunas bebidas alcohólicas por un día antes de su prueba.
3. Ninguna cafeína, inclusive bebidas y medicinas que incluyen cafeína (por ejemplo, pastila de dieta), un día antes de su prueba.
4. Por favor no fumar ningun tipo de tabacco en el día de su prueba.
5. Nada de comer cuatro horas antes de la prueba. Si usted tiene que comer por razones de salud, favor de comer levemente.
6. Su cara debería estar completamente limpia de cualquier tipo de maquillaje.
7. Vestirse cómodamente.

MAS INSTRUCCIONES CONTINUAN EN LA PROXIMA PAGINA

INSTRUCCIONES VNG/ENG

La página 2

Estos son ejemplos de medicamentos que usted no debe tomar 24 horas antes de el examen:

Toda medicina para el Dolor, incluyendo: Codeine (Tylenol, Tylenol P.M., etc.) Aspirina (algo con aspirina en ello), Codeína (algo con codeína en ello) Ibuprofen (Excedrin, Midol, Motrin, etc.) Naproxyn (Aleve), o Darvocet. Nada recetado para migrana.

Toda medicina Anti Ansiedad, incluyendo: Valium/Diazepam, Ativan/Lorazepam, Pamelor/Nortriptyline, Compazine, Xanax, Prozac, y Zoloft.

Todas medicina Anti-Mareo incluyendo: Antivert/Meclizine, el Valium, Phenergan, Dramamine, y Scopolamine

Toda pastillas de Dietas incluyendo: Dyazide, Neptazane, Maxide, y Lasix.

Todas medicina de Sueño, incluyendo: Ambien, Tylenol P.M. y Halcion.

Todas medicina de Alergia, incluyendo: Antihistamínicos y Descongestionantes.

Si usted no puede discontinuar los medicamentos para la depression o la ansiedad, por favor de llamar nuestra oficina al (407)-343-9006 y hablar con el Enfermero/Enfermera.

Usted no tendrá los resultados de su prueba inmediatamente. Se le hara una cita de seguimiento para discutir los resultados con su médico.

Preguntas para la prueba de balance.

El nombre: _____ Date: _____

A) Usted tiene estos síntomas en su oído? Por favor círculo SI or NO.

1. Mareo? **SI** **NO** describe por favor _____
 2. Dificultad con su vista? **SI** **NO** Izquierdas o derecha o Ambas Orejas.
 3. Sonidos o ruidos? **SI** **NO** Izquierdas o derecha o Ambas Orejas
 Describen el ruido _____

Cambia el ruido con los mareos? **SI** **NO** si es el caso de usted, cómo? _____

4. Leno de ... O hinchados de...? **SI** **NO** Correctas Izquierdas Ambas Orejas.
 5. Dolor en las orejas? **SI** **NO** Correctas Izquierdas Ambas Orejas
 6. Despide algo por su orejas? **SI** **NO** Correctas Izquierdas Ambas Orejas.

B) Si usted tiene mareo, favor de responder todas las preguntas siguientes. Circule SI o NO y llene los espacios en blanco.

1. Cuándo le ocurrió el primer mareo? _____
 2. Con qué frecuencia? _____
 3. Cuánto tiempo duran los mareos? _____
 Cuando ocurrió el último ataque? _____
 4. Tiene usted cualquier advertencia que el mareo está a punto de empezar? **SI** **NO**
 5. Ocurren ellos en algún tiempo particular del día o la noche? **SI** **NO**
 6. Usted es completamente libre del mareo entre los ataques? **SI** **NO**
 7. Se mareo al colocarse de distintas posiciones? **SI** **NO**
 8. Sabe usted de alguna causa posible de su mareo? **SI** **NO**
 Qué? _____

C) Conoce de algo que le ayuda:

1. Para su mareo o lo hace mejor?
2. Hace que su mareo empeore?

3. Cualquiera del los siguiente hace que su mareo empeore o precipita un ataque?

- | | | |
|------------------------|-----------|-----------|
| A. Fatiga | SI | NO |
| B. depresión | SI | NO |
| C. Hambre | SI | NO |
| D. El Periodo femenino | SI | NO |
| E. Estresado | SI | NO |

F. El disgustarse por algo (emocional) **SI** **NO**
 G. Las bebidas alcohólicas. **SI** **NO**

1. Tiene usted alguna alergia? **SI** **NO** Qué? _____
 2. Hirió jamás usted la cabeza? **SI** **NO** Cuándo? _____
 Era usted inconsciente? **SI** **NO**
 3. Utiliza usted tabaco en alguna forma? **SI** **NO** cuánto? _____

D) Es su mareo asociado con cualquiera de las sensaciones siguientes? SI o NO Para que describa mejor su sentir.

1. La sensación del mareo o el estado de tener la cabeza inchada. **SI** **NO**
 2. Perder la conciencia o la pérdida del conocimiento. **SI** **NO**
 3. Tendencia de poder caerse. **SI** **NO**
 4. Ciente que objetos le rodean? **SI** **NO**
 5. La sensación que usted gira? **SI** **NO**
 6. La pérdida del equilibrio al andar: Virándose a la derecha ____ Izquierdo ____
 7. El dolor de cabeza **SI** **NO**
 8. La náusea o vómito **SI** **NO**
 9. Presión en la cabeza **SI** **NO**

E) Ha experimentado alguno o cualquiera de los síntomas siguientes? Por favor círculo SI or NO Si es constante o solo en episodios.

1. Doble vision/imagen desenfocada? **SI** **NO** Constante En el Episodio
 2. Insensibilidad en la cara o extremidades? **SI** **NO** Constante En el Episodio
 3. La debilidad en manos o piernas? **SI** **NO** Constante En el Episodio
 4. La torpeza en movimientos o piernas? **SI** **NO** Constante En el Episodio.
 5. La confusión o la pérdida del conocimiento? **SI** **NO** Constante En el Episodio.
 6. La dificultad tragar? **SI** **NO** Constante En el Episodio.
 7. Dolor en el cuello o el hombro **SI** **NO** Constante En el Episodio