

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** El propósito de estas preguntas es identificar las dificultades que usted puede experimentar debido a sus vértigos. Por favor conteste "si", "no", o "a veces" para cada pregunta. Conteste cada pregunta cómo pertenece a sus mareos o problema del balance solamente.

	Si	A Veces	No
P1. ¿ Al mirar ascendente aumenta su problema?			
E2. ¿ Debido a su problema, usted se siente frustrado?			
F3. ¿ Debido a su problema, usted limita sus viajes de negocio o recreación?			
P4. ¿ Al caminar hacia en un pasillo del supermercado aumenta su problema?			
F5. ¿ Debido a su problema, usted tiene dificultad al subirse y bajarse de la cama?			
F6. ¿ Su problema sensiblemente limita su participación en actividades sociales tales como salir a la cena, ir a las películas, bailando o ir a fiestas?			
F7. ¿ Debido a su problema, usted tiene dificultad al leer?			
F8. ¿ Al realizar actividades más ambiciosas como los deportes, bailando, tareas de la casa tales como barrer o guardar platos aumenta su problema?			
E9. ¿ Debido a su problema, esta usted asustado(a) salir de su hogar sin tener alguien que le acompañe?			
E10. ¿ Debido a su problema le han avergonzado delante de otros?			
P11. ¿ Los movimientos aprisa de su cabeza aumentan su problema?			
F12. ¿ Debido a su problema, usted evita alturas?			
P13. ¿ Al virarse en la cama aumenta su problema?			
F14. ¿ Debido a su problema es difícil que usted haga trabajo intensa de la casa o trabajo de la yarda vigoroso?			
E15. ¿ Debido a su problema, es usted asustado(a) que la gente puede pensar que estas intoxicado(a)?			

F16. ¿ Debido a su problema, es difícil hacer una caminata solo(a)?			
P17. ¿ Al caminar bajando la acera aumenta su problema?			
E18. ¿ Debido a su problema, es difícil que usted se concentre?			
F19. ¿ Debido a su problema, es difícil que usted camine alrededor de su casa en la oscuridad?			
E20. ¿ Debido a su problema, está usted asustado(a) permanecer en su casa solo(a)?			
E21. ¿ Debido a su problema, usted se siente incapacitado(a)?			
E22. ¿ Su problema ha puesto tensión en relaciones con los miembros de su familia y sus amigos?			
E23. ¿ Debido a su problema, estas deprimido(a)?			
F24. ¿ Debido a su problema, interfiere con sus responsabilidades del trabajo o de la casa?			
P25. ¿ Al doblarse aumenta su problema?			

Puntos Total: \_\_\_\_\_

Por favor valore nuestro servicio!	Si	No
1. Me senti parte en planiando mi tratamiento.		
2. Mi terapeuta explico mi condición claramente.		
3. Estoy satisfecho(a) con los resultados de mi terapia		
4. Yo le recomendaria este servicio a otras personas		