

## Dizziness Handicap Inventory (Spanish)

Nombre: \_\_\_\_\_ Patient # \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** El proposito de estas preguntas es identificar las dificultades que usted puede experimentar debido a sus vertigos. Por favor conteste “sí”, “no”, o “a veces” para cada pregunta. Conteste cada pregunta como pertenece a sus mareos o problema del balance solamente.

	PREGUNTAS	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 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, está usted asustado(a) salir de su hogar sin tener alguien que le acompañe?			
E10	¿Debido a su problema se a 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 intenso de la casa o trabajo de la jardin 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?			

	Preguntas	SI	A Veces	NO
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?			

**Instrucciones:** Por favor marque la caja con la respuesta correcta.

1. Tengo mareos/inestabilidad:  Mas de 1 vez a la semana  
 Mas de 1 vez, pero menos de 4 al mes  
 1 vez al mes  
 Ninguna
2. Mis mareos/inestabilidad es:  Leve  Moderado  Grave  Ninguno

¡Por favor valore nuestro servicio!

	Muy Satisfecho	Algo Satisfecho	Neutral	Algo Insatisfecho	Muy Insatisfecho
Me sentí parte en planeando mi tratamiento.					
Mi terapeuta explico mi condición claramente.					
Estoy satisfecho(a) con los resultados de mi terapia.					
Yo le recomendaría este servicio a otras personas?					
	Definitivamente SI	Probablemente SI	Probablemente NO	Definitivamente NO	
recomendaría nuestros servicios a un amigo(a)?					