

# INVENTARIO DE MINUSVALÍAS DE MAREOS – VISITA INICIAL

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Califique su nivel de dolor con la actividad: **SIN DOLOR = 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = DOLOR MUY INTENSO**

El propósito de esta escala es identificar las dificultades que puede estar experimentando debido a sus mareos o inestabilidad. Indique la respuesta encerrando en un círculo "sí" o "no" o "a veces" para cada pregunta. Responda a cada pregunta en lo que respecta a su problema de mareos e inestabilidad solamente.

- |  |    |    |         |
|--|----|----|---------|
| 1. ¿Mirar hacia arriba aumenta tu problema?  | Sí | No | A veces |
| 2. Debido a tu problema, ¿te sientes frustrado?  | Sí | No | A veces |
| 3. Debido a su problema, ¿restringe sus viajes por negocios o recreación?  | Sí | No | A veces |
| 4. ¿Caminar por el pasillo de un supermercado aumenta su problema?   | Sí | No | A veces |
| 5. Debido a su problema, ¿tiene dificultad para acostarse o levantarse de la cama?   | Sí | No | A veces |
| 6. ¿Su problema restringe significativamente su participación en actividades sociales, como salir a cenar, ir al cine, bailar o a fiestas? | Sí | No | A veces |
| 7. Debido a su problema, ¿tiene dificultades para leer?  | Sí | No | A veces |
| 8. ¿Realiza actividades más ambiciosas como deportes, baile, tareas domésticas como barrer o guardar los platos aumenta su problema?       | Sí | No | A veces |
| 9. Debido a tu problema, ¿tienes miedo de salir de casa sin tener a alguien que te acompañe?   | Sí | No | A veces |
| 10. Debido a tu problema, ¿te has sentido avergonzado frente a los demás?  | Sí | No | A veces |
| 11. ¿Los movimientos rápidos de la cabeza aumentan el problema?  | Sí | No | A veces |
| 12. Debido a tu problema, ¿evitas las alturas?   | Sí | No | A veces |
| 13. ¿Darse la vuelta en la cama aumenta su problema?   | Sí | No | A veces |
| 14. Debido a su problema, ¿le resulta difícil hacer tareas domésticas extenuantes o trabajos de jardinería?                                | Sí | No | A veces |
| 15. Debido a su problema, ¿tiene miedo de que la gente piense que está intoxicado?   | Sí | No | A veces |
| 16. Debido a tu problema, ¿te resulta difícil salir a caminar solo?  | Sí | No | A veces |
| 17. ¿Caminar por una acera aumenta su problema?  | Sí | No | A veces |
| 18. Debido a tu problema, ¿te resulta difícil concentrarte?  | Sí | No | A veces |
| 19. Debido a su problema, ¿le resulta difícil caminar por su casa en la oscuridad?   | Sí | No | A veces |
| 20. Debido a tu problema, ¿tienes miedo de quedarte solo en casa?  | Sí | No | A veces |
| 21. Debido a su problema, ¿se siente discapacitado?  | Sí | No | A veces |
| 22. ¿Su problema ha puesto tensión en sus relaciones con los miembros de su familia o amigos?  | Sí | No | A veces |
| 23. Debido a tu problema, ¿estás deprimido?  | Sí | No | A veces |
| 24. ¿Su problema interfiere con su trabajo o sus responsabilidades domésticas?   | Sí | No | A veces |
| 25. ¿Agacharse aumenta su problema?  | Sí | No | A veces |

Marca la casilla que mejor te describa:

- Síntomas insignificantes
- Síntomas molestos
- Realiza las tareas habituales del trabajo, pero los síntomas interfieren con las actividades externas.
- Los síntomas interrumpen el desempeño tanto de las tareas laborales habituales como de las actividades externas
- Actualmente está de baja médica o ha tenido que cambiar de trabajo debido a los síntomas
- Incapacidad para trabajar durante más de un año o discapacidad permanente establecida con pagos de compensación