

Cuestionario, Historial de Acúfenos.

Apellido y Nombre:

Fecha:

Fecha de nacimiento:

1. Edad:

2. Sexo

F

M

3.

diestro

zurdo

ambidiestro

4. Historia familiar de Acúfenos

SI

NO

si contesto SI: padres

hermanos

hijos

5. Comienzo: Cuándo experimentó por primera vez la sensación de acúfenos?

6. Cómo fue el comienzo?

gradual

abrupto

7. El comienzo estuvo relacionado con:

sonido intenso síndrome del latigazo cervical problemas en audición

estrés

trauma craneano

otros _____

8. Su acúfeno es pulsátil?

SI, con los latido del corazón

SI, pero no con los latidos del corazón

NO

9. Dónde percibe el acúfeno?

- oído derecho oído izquierdo ambos oídos, peor en el derecho
 ambos oídos, peor en el izquierdo igual en ambos oídos
 dentro de la cabeza en otro lugar

10. Cómo se manifiesta el acúfeno en el tiempo?

- intermitente constante

11. La intensidad de su acúfeno varía de un día para otro?

- SI NO

12. Describa la intensidad de su acúfeno en una escala del 1 al 100.

1 muy leve; 100 muy intenso _____

13. Describa en sus propias palabras como suena su acúfeno.

Algunos ejemplos, puede utilizar otras palabras si lo requiere.

Silbido, repique, timbre, pulsante, click, zumbido, chasquido, máquina de escribir, susurro, detonación, rugido, torrente, como un tono.

14. Su acúfeno suena como un tono o un ruido?

- tono ruido grillos otro _____

15. Describa la frecuencia de su acúfeno.

muy aguda

aguda

media

grave

**16. En el último mes, que porcentaje de su tiempo despierto fue conciente del acúfeno?
Por ejemplo 100%, todo el tiempo; 25% un cuarto de su tiempo.**

_____ (escriba un número entre 1 a 100%)

17. En el último mes, que porcentaje de su tiempo estuvo enojado, molesto o irritado a causa del acúfeno?

_____ (escriba un número entre 1 a 100%)

18. Cuántos tratamientos distintos ha recibido a causa de su acúfeno?

ninguno

uno

algunos

muchos

19. Su acúfeno se reduce por ruidos ambientales como por ejemplo música, ruido de una cascada o de la ducha de su baño?

SI

NO

NO SE

20. La presencia de un ruido intenso empeora su acúfeno?

SI

NO

NO SE

21. Algún movimiento de cabeza o cuello (por ejemplo el movimiento de la mandíbula o el rechinar de dientes), o el que le toquen la cabeza, las manos o los brazos, mejora su acúfeno?

SI

NO

22. Tomar una siesta durante el día mejora el acúfeno?

lo empeora lo mejora no tiene efecto

23. Hay alguna relación entre cómo duerme de noche y su acúfeno?

SI NO NO SE

24. El estrés modifica su acúfeno?

lo empeora lo mejora no tiene efecto

25. Alguna medicación tiene efecto para su acúfeno?

Medicamento	Detalle el efecto

26. Usted cree que tiene un problema de audición?

SI NO

27. Utiliza audífonos?

derecho izquierdo ambos no utiliza

28. Encuentra dificultad en tolerar sonidos porque le parecen muy altos? Encuentra demasiado altos o le producen dolor sonidos que para otras personas son normales?

nunca raramente a veces usualmente siempre

29. Los sonidos le producen dolor o malestar físico?

SI NO NO SE

30. Sufre de jaquecas?

SI NO

31. Sufre de vértigo o mareos?

SI NO

32. Sufre de alteraciones temporo-mandibulares?

SI NO

33. Sufre de dolores de nuca?

SI NO

34. Sufre de algún otro tipo de dolor?

SI NO

35. Está usted en tratamiento por algún problema psiquiátrico?

SI NO