



INVENTARIO BREVE DE DISCAPACIDAD POR MAREO

Nombre: _____

Fecha: _____

1. ¿Cuándo usted mira hacia arriba se siente más mareado(a)?

Siempre

A veces

Nunca

2. Debido a su mareo o problema, ¿Evita hacer viajes de placer o hacer alguna diligencia?

Siempre

A veces

Nunca

3. A causa de su problema o mareo, ¿Le cuesta acostarse o levantarse de la cama?

Siempre

A veces

Nunca

4. A causa de su problema o mareo ¿Le cuesta leer?

Siempre

A veces

Nunca

5. Al hacer movimientos rápidos de su cabeza, ¿Nota que aumenta su problema o mareo?

Siempre

A veces

Nunca

6. Debido a su problema o mareo, ¿Evita las alturas como por ejemplo tener que subir a un edificio de varios pisos?

Siempre

A veces

Nunca

7. Al darse la vuelta en la cama, ¿Siente que aumenta su problema o mareo?

Siempre

A veces

Nunca

8. Al bajar de la acera a la calle o calzada, ¿Aumenta su problema o mareo?

Siempre

A veces

Nunca



9. Debido a su problema o mareo, ¿Le cuesta caminar en la noche a oscuras dentro de su casa?

--	--	--

10. Debido a su problema o mareo, ¿Se encuentra que está deprimido(a) o entristecido(a)?

Siempre	A veces	Nunca
---------	---------	-------

11. Al agacharse o inclinarse hacia delante como por ejemplo al recoger un objeto del suelo, ¿Siente que aumenta su problema de mareo?

Siempre	A veces	Nunca
---------	---------	-------