



AFA
BALANCE & HEARING INSTITUTE
A.T. STILL UNIVERSITY CENTER OF EXCELLENCE

THE AFA BALANCE & HEARING INSTITUTE
A.T. STILL UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES

4838 E. Baseline Road. Suite #126. Mesa, Arizona 85206
Phone: (480)265-8067 Fax: (480)656-6316
Web: www.TheAFAlnstitute.com Email: AFAlnstitute@atsu.edu

INFORMACIÓN DE CITA PARA PACIENTE

Usted tiene una cita pendiente en la oficina AFA Balance & Hearing Institute.

FECHA DE LA CITA:

TIEMPO DE LA CITA:

ANTES DE SU CITA, POR FAVOR ASEGÚRESE DE:

1. Por favor de llenar las formas que encuentra.
2. Por favor de traer las formas a su cita.
3. Traiga su tarjeta de seguro y una identificación válida.
4. Por favor llegue 15 minutos antes de su cita.
5. Si va a someterse a las pruebas de mareo, por favor revise las instrucciones para el examen por lo menos 24 horas antes de su cita.

Nota: Debido al tiempo requerido para cada cita pacientes que lleguen tarde tendran que renovar su cita.

Si usted tiene preguntas por favor de llamarnos al (480)265-8067.



AFA
BALANCE & HEARING INSTITUTE
A.T. STILL UNIVERSITY CENTER OF EXCELLENCE

THE AFA BALANCE & HEARING INSTITUTE
A.T. STILL UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES

4838 E. Baseline Road. Suite #126. Mesa, Arizona 85206
Phone: (480)265-8067 Fax: (480)656-6316
Web: www.TheAFAInstitute.com Email: AFAInstitute@atsu.edu

Información y Instrucciones Para Su Cita

MEDICAMENTOS

Hay medicamentos que pueden afectar su equilibrio / mareos evaluación influyendo en las respuestas naturales del cuerpo y por lo tanto dando un resultado falso o engañoso. Como tal, se le indicará que se abstenga de tomar ciertos medicamentos 24 horas antes de la fecha del examen. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud sobre discontinuar sus medicamentos, consulte a su médico.

Por favor, no tome cualquiera de las siguientes 24 horas antes de su cita.

1. **Analgésicos-Narcóticos:** Codeína, Demerol, Phenaphen, Percocet, Darvocet
2. **Antihistamínicos:** Chlor-Trimeton, Dimetapp, Disophrol, Benadryl, Actifed, Teldrin, Triaminic, Hismanol, Claritin o cualquier otras medicinas para la tos o el resfriado.
3. **Anticonvulsivos medicina:** Dilantin, Tegretol, fenobarbital
4. **Lucha contra el vértigo medicina:** Antivert, Ru-vert, Bonine, Meclizina
5. **Medicamentos antináuseas:** Atarax, Dramamine, Compazine, Bucladin, Phenergan, Thorazine, Scopalmine, transdérmica
6. **Sedantes:** Halcion, Terstoril, Nembutal, Seconal, Dalmane o cualquier otra pastilla para dormir
7. **Tranquilizantes:** Valium (diazepam), Librium, Atarax, Vistaril, Serax, Ativan (Lorazepam), Librax, Tranxene, Klonopin, Xanax (Alprazolam)

Usted puede continuar tomando todos los medicamentos para la presión arterial, medicamentos para la diabetes, medicamentos para el corazón, medicamentos para la tiroides, estrógenos Tylenol, etc, por favor consulte con su médico antes de suspender cualquier medicamento prescrito.

ALIMENTOS Y BEBIDAS

Por favor, abstenerse de fumar, comer o beber grandes cantidades 4 horas antes de la prueba. Puede beber un poco de agua o comer un refrigerio ligero. **Por favor, evite la cafeína en las bebidas como el café o los refrescos.**

Cerveza, vino y licor afectará los resultados de las pruebas. **Por favor, no consumir bebidas alcohólicas durante 12 horas antes de su cita.**

OTRA INFORMACIÓN

Por favor, no use ningún maquillaje (especialmente el maquillaje de ojos) y quitar las lentes de contacto antes de su cita.

Vístase con ropa cómoda (pantalones son preferibles, ya que se le puede pedir que se acueste en una mesa de examen)

Pruebas de equilibrio, mientras que por lo general bien tolerado, a veces te puede dejar con un sentimiento temporal de mareo o falta de equilibrio. Si tiene alguna inquietud es posible que desee considerar la posibilidad de que alguien le acompañe a / desde su nombramiento.

En el día de su cita, una sola prueba o serie de pruebas se llevará a cabo. Antes de cada prueba, una explicación breve se dará a fin de que usted tendrá una mejor comprensión de lo que se está evaluando y por qué. Hacemos todo lo posible para que su visita sea cómoda y educativo. Una vez que la evaluación esté completa, cada examen será cuidadosamente revisada. El proceso de interpretación es tan importante como su prueba así que por favor entienda que los resultados no pueden ser discutidos en detalle en ese día. Una vez que la interpretación ha sido hecho, usted y / o su médico recibirá un informe detallado de su evaluación dentro de una semana.



AFA
BALANCE & HEARING INSTITUTE
A.T. STILL UNIVERSITY CENTER OF EXCELLENCE

THE AFA BALANCE & HEARING INSTITUTE
A.T. STILL UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES

4838 E. Baseline Road. Suite #126. Mesa, Arizona 85206
Phone: (480)265-8067 Fax: (480)656-6316
Web: www.TheAFAInstitute.com Email: AFAInstitute@atsu.edu

INFORMACIÓN PACIENTE

DEBIDO A LAS REGULACIONES DE HIPAA, TODA LA INFORMACIÓN DEBE SER LLENADA DE LO CONTRARIO NO SERÁ CAPAZ DE PROCESAR SU RECLAMO Y SE LE PUEDE COBRAR POR LOS SERVICIOS MÉDICOS.

| | | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| APELLIDO: | | NOMBRE: | |
| DOMICILIO: | | | |
| CIUDAD: | ESTADO: | CODIGO POSTAL: | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | | SEGURO SOCIAL: - - | |
| MATRIMONIO | <input type="checkbox"/> Soltero/a | <input type="checkbox"/> Casado/a | <input type="checkbox"/> Viudo/a |
| | | | <input type="checkbox"/> Separado/a |
| | | | GÉNERO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H |
| TELEFONO: | | CELLULAR: | |
| ¿PODEMOS DEJAR MENSAJES PARA USTED EN ESTOS NÚMEROS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

| | | | |
|---|--|------------------------------------|--|
| NOMBRE DEL EN CASO DE EMERGENCIA: | | RELACION A USTED: | |
| TELEFONO: | | CELLULAR: | |
| ¿NOS AUTORIZA DAR INFORMACION DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE A OTRA PERSONA/S EN LA FAMILIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| Y SI, NOMBRE TELEFONO: | | | |
| DOCTOR QUE REFERIO A NUESTRA OFICINA: | | TELEFONO: | |
| ¿Como Supo` denosotros? | <input type="checkbox"/> Paginas Amarillas | <input type="checkbox"/> Amigo/a | <input type="checkbox"/> Oficina de Doctor |
| | | <input type="checkbox"/> Periodico | <input type="checkbox"/> Internet |

EMPLEO

| | | | | |
|---------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| EMPLEO: | <input type="checkbox"/> Dejornada completa | <input type="checkbox"/> Medio Tiempo | <input type="checkbox"/> Retirado/a | <input type="checkbox"/> Estudiante |
| OCUPACION: | PODEMOS LLAMAR AL TRABAJO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| NOMBRE DE COMPANIA: | | TELEFONO DE TRABAJO: | | |
| DOMICILIO: | | | | |

INFORMACIÓN DE SEGURANZA

| | |
|---|---------------------|
| <u>PRIMARIA - NOMBRE EN LA POLIZA (SI ES DIFERENTE AL NOMBRE DE PACIENTE):</u> | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | NOMBRE DE COMPANIA: |
| NUMERO DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO: | |
| NUMERO DE GRUPO : | RELACIONAL SEGRADO: |
| <u>SECONDARIO - NOMBRE EN LA POLIZA (SI ES DIFERENTE AL NOMBRE DE PACIENTE):</u> | |
| NOMBRE DE COMPANIA: | |
| NUMERO DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO: | |
| NUMERO DE GRUPO: | RELACIONAL SEGRADO: |

Autorizacion de Asignacion de Beneficios y Informacion

Yo autorizo pagos de beneficios medicos y servicios que sean remitido al doctor(s) en futuro sin que obtener mi firma en cada servicio medico. Doy mi autorizo de informacion medica libertar que sea necesaria acerca de mi tratamiento(s) medicos. Comprendo que si no doy notificacion en 24 horas o menos de 24 horas para cita cancelada o fallar a venir al consulta sere sujeto a un cargo. Soy responsable de todos cargos descuidados de aseguranza. Si esta cuenta seria referida a una agencia de coleccion, soy responsable por todos cargos y cargos legal, entiendo las reglas y los procedimientos de esta officina.

| | |
|--------|--------|
| FIRMA: | FECHA: |
|--------|--------|



AFA
BALANCE & HEARING INSTITUTE
A.T. STILL UNIVERSITY CENTER OF EXCELLENCE

THE AFA BALANCE & HEARING INSTITUTE
A.T. STILL UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES

4838 E. Baseline Road. Suite #126. Mesa, Arizona 85206
Phone: (480)265-8067 Fax: (480)656-6316
Web: www.TheAFAInstitute.com Email: AFAInstitute@atsu.edu

El Equilibrio y Mareo Cuestionario

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Fecha de hoy: ___/___/___

Médico que lo refirió: _____ Altura: _____ Peso: _____ ¿Paciente Nuevo? _____

¿Cuál es su motivo de consulta o síntomas? _____

¿Cuándo y cómo esto por primera vez? _____

¿Cuánto tiempo duró, o es constante? _____

¿Ha tenido este problema antes? _____

¿Cuándo fue la última vez que experimente los síntomas? _____

¿Haga que sus síntomas? Mejora Empeorado Sigue igual

¿Ha tenido alguna prueba previa o terapia para el mareo / pérdida del equilibrio? Sí / No

En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde fue la prueba? _____

¿Cómo calificaría la gravedad general de los síntomas mediante una escala de 1-10, siendo 0 sin limitaciones y 10 que representan incapacitado? (por favor marque uno) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Alguna vez has experimentado alguno de los siguientes minutos o más? (marque todas las que apliquen)

- visión doble ceguera o pérdida de la visión dificultad para hablar acidez para hablar o tragar
 destellos de luz pérdida de la conciencia debilidad o entumecimiento en un lado (brazos, piernas, cara)

HISTORIA MÉDICA: (por favor, marque las lesiones o enfermedades por las que alguna vez ha recibido tratamiento)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco anormal | <input type="checkbox"/> Citomegalovirus (CMV) | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> ADD / ADHD | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alta / Baja presión arterial | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Alergia / problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> El glaucoma, catarata | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Rubéola |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's / Demencia | <input type="checkbox"/> Trastorno genético / síndrome de | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Anemia / enfermedad de sangre | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza o el cuello | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Ménière | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad o pánico | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / migraña | <input type="checkbox"/> Sarampión o las paperas | <input type="checkbox"/> Carrera / TIA / CVA |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades autoinmunes | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hepatitis (A,B o C) | <input type="checkbox"/> La esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Tempomandibular (ATM) |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Neuropatía | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico | <input type="checkbox"/> Fiebre alta | <input type="checkbox"/> La otosclerosis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Paladar hendido o labio leporino | | | |

OTRO: _____

Mareo / vértigo:

¿Tiene mareos? Sí No *(Si no, puede pasar a la sección siguiente)*

Si tiene mareos, que mejor lo describe? (marque todas las que apliquen)

- Hilado rotación Balanceo sensación Movimiento enfermo Cabeza de natación Sensación flotante
- Falta de equilibrio Sensación caída Inclinación / Inclinada Otro enfermo: _____

Es el mareo?

- Continuo Continuo pero empeora periódicamente Intermitente o episódico

¿Si episódica, con qué frecuencia? _____

¿Tiene alguna advertencia de que el ataque está a punto de empezar? _____

¿Si usted tiene ataques de mareo o períodos de empeoramiento, cuando se producen?

- Al ponerse de pie Durante los cambios de clima Con movimientos de la cabeza Al girar los ojos lado a lado
- En lugares muy concurridos Ver las cosas en movimiento Cuando el esfuerzo o levantar En el ejercicio de
- Cuando tiene hambre Cuando está estresado Si está cansado Con la menstruación
- Dar vuelta en la cama, rodando o mirar hacia arriba / abajo Otro: _____

Equilibrio / Balance:

¿Tiene pérdida del equilibrio o inestabilidad? Sí No *(Si no, puede pasar a la sección siguiente)*

¿Si usted tiene pérdida del equilibrio o inestabilidad, que mejor describa el problema?

- El equilibrio sólo al ponerse de pie Perder el equilibrio al caminar Perder el equilibrio al girar
- Perder el equilibrio al estar de pie, sentado o acostado El equilibrio en la oscuridad
- El equilibrio en superficies blandas o irregulares Medio Ambiente parece inestable o en movimiento
- La tendencia a virar hacia el lado al caminar La tendencia a caer hacia adelante / atrás
- Otro: _____

¿Le da mareo fácilmente? Sí No

¿Ha tenido caídas recientes? Sí No ¿Cuántas veces en el último mes? _____

¿Qué causó la caída (s)? _____ ¿Tienes miedo de caer? Sí No

Historia Otológicos:

¿Tiene dificultades para oír? Sí___ No___ ¿Y sí, por cuanto tiempo? _____

¿Qué oído? Los dos___ Izquierdo___ Derecho___ ¿Es la pérdida auditiva? Repentina___ Gradual___ Fluctuante___

¿Cambia el oír con nuestros síntomas? Sí___ No___ ¿Qué se pone audífonos? Sí___ No___

¿Tiene tinnitus (ruidos en los oídos)? Sí___ No___ ¿Y sí, por cuanto tiempo? _____

¿Qué oído? Los dos___ Izquierdo___ Derecho___ ¿Es el tinnitus? Constante___ Intermitente___ Pulsante___

¿Cambia el tinnitus (ruido) con sus síntomas? Sí___ No___

Tiene usted alguna de las siguientes?: (por favor marque Sí o No)

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| ¿Pérdida repentina de la audición? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuándo ocurrió esto? |
| ¿Dolor de oído o sensación de plenitud? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cambia esto con tus síntomas? |
| ¿Infección seguida de los oídos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuándo fue la última vez? |
| ¿El drenaje de los oídos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Por favor describa: |
| ¿Cirugía en los oídos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Por favor describa: |
| ¿La historia de la exposición al ruido? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Por favor describa: |
| ¿Historia familiar pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Por favor describa: |

HISTORIA QUIRÚRGICA (por favor escriba cualquier cirugía que usted haya tenido)

MEDICAMENTOS (por favor haga una lista de las medicinas que tome actualmente)

NOTAS DEL DOCTOR (POR FAVOR DEJE ESTA SECCIÓN Y EL RESTO DEL FORMULARIO EN BLANCO)

FDA ref criteria:

1. Visible congenital or traumatic deformity of the ear
2. Hx of active drainage from the ear in previous 90 days
3. Hx of sudden hearing loss or progressive HL within 90 days
4. Acute or chronic dizziness
5. Unilateral HL of sudden or recent onset within 90 days
6. Conductive HL: Audiometric A-B gaps \geq 15dB at 500-2000Hz
7. Visible evidence of impacted cerumen or foreign body in canal
8. Otalgia or ear discomfort

Ref criteria:

1. Otalgia
2. Inflammation of the ear
3. Foul smelling or purulent aural drainage
4. Otitis media
5. Vertigo-Initial evaluation/recent onset
6. Tinnitus-Initial evaluation/recent onset
7. Blocked feeling in ear
8. Balance disturbance
9. Spontaneous nystagmus
10. Symptoms associated with ototoxic drugs
11. Impacted cerumen
12. Neurological evaluation
13. Meniere's disease
14. Asymmetrical hearing loss-Initial evaluation/recent onset
15. Sudden hearing loss initial evaluation/recent onset
16. Perforated tympanic membrane

Audiologist Initials: _____