

Inventario de Discapacidad Por Mareo (DHI por sus siglas en inglés)

1. ¿Se pone peor su problema al mirar hacia arriba?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
2. ¿A causa de su problema, se siente frustrado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
3. ¿A causa de su problema, limita usted los viajes de negocios o de ocio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
4. ¿Se pone peor su problema al caminar por los pasillos del supermercado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
5. ¿A causa de su problema, tiene dificultad para subir a o bajar de la cama?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
6. ¿Restringe significativamente su problema su participación en actividades sociales tal como salir a comer, ir al cine, bailar o asistir a fiestas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
7. ¿A causa de su problema, tiene dificultad para leer?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
8. ¿Se pone peor su problema al llevar a cabo actividades más ambiciosas tal como deportes, baile, quehaceres de la casa (barrido, guardar artículos de menaje)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
9. ¿A causa de su problema, tiene miedo de salir de casa sin que alguien le acompañe?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
10. ¿Se le avergonzó alguna vez delante de otros a causa de su problema?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
11. ¿Se pone peor su problema cuando hace movimientos rápidos de la cabeza?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
12. ¿Evita las alturas a causa de su problema?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
13. ¿Se pone peor su problema cuando se vuelve en la cama?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
14. ¿A causa de su problema, le resulta difícil hacer deberes o trabajo de jardinería arduos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
15. ¿A causa de su problema, tiene miedo de que la gente crea que está borracho?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
16. ¿A causa de su problema, le resulta difícil ir de paseo solo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
17. ¿Se pone peor su problema cuando camina por el andén?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
18. ¿A causa de su problema, le resulta difícil concentrar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
19. ¿A causa de su problema, le resulta difícil caminar por su casa a oscuras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No

20. ¿A causa de su problema, tiene miedo de quedarse en casa solo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
21. ¿A causa de su problema, se siente discapacitado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
22. ¿Ha casado su problema tensiones en su relación con miembros de su familia o sus amigos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
23. ¿A causa de su problema, está deprimido?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
24. ¿Interfiere su problema con su trabajo o con sus responsabilidades domésticos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No
25. ¿Su problema se empeora cuando usted se inclina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No

Usado con permiso de GP Jacobson (English version)

Jacobson GP, Newman CW: The development of the Dizziness Handicap Inventory. *Arch Otolaryngol:Head Neck Surg.* 1990;116:424-427