

# CUESTIONARIO DE TBI

(Antes de completar esto, por favor revise el Cuestionario de BrainLine)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_ FECHA DE LA LESIÓN RECIENTE: \_\_\_\_\_ DESCRIPCIÓN DE CÓMO  
OCURRIÓ: \_\_\_\_\_

HISTORIAL MÉDICO (Lista todos los TBI anteriores, condiciones médicas/diagnósticos previos) \_\_\_\_\_

NOMBRES DE SUS PROVEEDORES: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS/DOSIS: \_\_\_\_\_

## CLASIFICACIÓN DE SEVERIDAD

**0: Sin síntomas en absoluto.** Si nunca ha experimentado síntomas de TBI.

**1: Leve.** Notable pero no interfieren mucho con las actividades diarias.

**2: Moderado.** Presentes y algo interfieren con las actividades diarias.

**3: Moderadamente severo.** Interfieren significativamente con las actividades diarias.

**4: Severo.** Interfieren mucho con las actividades diarias y pueden requerir asistencia.

**5: Extremadamente severo.** Muy intensos e incapacitantes.

**U: Impredecible.** Presentes pero fluctúan demasiado para dar una calificación consistente.

# CUESTIONARIO DE TBI

(Antes de completar esto, por favor revise el Cuestionario de BrainLine)

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_  
**FECHA DE HOY:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE LA LESIÓN RECIENTE:** \_\_\_\_\_ **DESCRIPCIÓN DE CÓMO OCURRIÓ:** \_\_\_\_\_

This Questionnaire content and format can help TBI survivors better understand and communicate their TBI symptoms to their healthcare providers with less stress, as well as track changes in their condition over time.

(PLEASE GIVE A COPY OF THIS COMPLETED Q TO EACH PROVIDER TO ENSURE THEY ALL HAVE THE **SAME** INFORMATION.)  
 [The Codes are provided for Your Provider's Convenience]

Este contenido y formato del cuestionario puede ayudar a los sobrevivientes de TBI a comprender y comunicar mejor sus síntomas de TBI a sus proveedores de atención médica con menos estrés, así como a realizar un seguimiento de los cambios en su condición a lo largo del tiempo.

(POR FAVOR, ENTREGUE UNA COPIA DE ESTE CUESTIONARIO COMPLETADO A CADA PROVEEDOR PARA ASEGURAR QUE TODOS TENGAN LA MISMA INFORMACIÓN.)

[Los Códigos se proporcionan para la Conveniencia de Su Proveedor]

## CLASIFICACIÓN DE SEVERIDAD / FRECUENCIA: Diario, Semanal, Ocasionalmente/¿DETONANTES?

**0: Sin síntomas en absoluto. 1: Leve. 2: Moderado. 3: Moderadamente severo.**

**4: Severo. 5: Extremadamente severo. U: Impredecible.**

### Síntomas Comunes de TBI ("SX")

✓ Ahora		<u>Síntoma</u>	<u>Descripción</u> <i>(Códigos Médicos)</i>	<u>Severidad</u> DOI	<u>Severidad</u> AHORA	<u>Frecuencia</u> AHORA/ Desencadenantes?
	<b>1</b>	<b>Amnesia</b>	Pérdida de memoria (ICD-10: R41.3, ICF: b144)			
	<b>2</b>	<b>Ansiedad</b>	Sensación de preocupación o miedo (ICD-10: F41.9, ICF: b152)			

## CUESTIONARIO DE TBI

(Antes de completar esto, por favor revise el Cuestionario de BrainLine)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_ FECHA DE LA LESIÓN RECIENTE: \_\_\_\_\_ DESCRIPCIÓN DE CÓMO

OCURRIÓ: \_\_\_\_\_

✓ Ahora	<u>Síntoma</u>	<u>Descripción</u> <i>(Códigos Médicos)</i>	<u>Severidad</u> DOI	<u>Severidad</u> AHORA	<u>Frecuencia</u> AHORA/ Desencadenantes?
<b>3</b>	<b>Afasia</b>	Dificultad para hablar o entender el habla (ICD-10: R47.01, ICF: b167)			
<b>4</b>	<b>Apraxia</b>	Dificultad con la planificación motora (ICD-10: R48.2, ICF: b176)			
<b>5</b>	<b>Visión Borrosa</b>	Dificultad para ver claramente (ICD-10: H53.8, ICF: b210)			
<b>6</b>	<b>Deterioro Cognitivo</b>	Dificultad para pensar, entender o recordar (ICD-10: R41.9, ICF: b140)			
<b>7</b>	<b>Problemas de Concentración</b>	Dificultad para enfocarse. (ICD-10: R41.840, ICF: b140)			
<b>8</b>	<b>Confusión</b>	Desorientación o dificultad para entender. (ICD-10: R41.0, ICF: b110)			
<b>9</b>	<b>Depresión</b>	Tristeza persistente (ICD-10: F32.9, ICF: b152)			
<b>10</b>	<b>Mareo</b>	Sensación de aturdimiento o inestabilidad. (ICD-10: R42, ICF: b240)			
<b>11</b>	<b>Inestabilidad Emocional</b>	Cambios rápidos en el estado de ánimo o emociones. (ICD-10: F34.8, ICF: b152)			
<b>12</b>	<b>Epilepsia</b>	Convulsiones o ataques. (ICD-10: G40.9, ICF: b110)			
<b>13</b>	<b>Fatiga</b>	Sensación de mucho cansancio. (ICD-10: R53.83, ICF: b455)			

## CUESTIONARIO DE TBI

(Antes de completar esto, por favor revise el Cuestionario de BrainLine)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_ FECHA DE LA LESIÓN RECIENTE: \_\_\_\_\_ DESCRIPCIÓN DE CÓMO

OCURRIÓ: \_\_\_\_\_

✓ Ahora	<u>Síntoma</u>	<u>Descripción</u> <i>(Códigos Médicos)</i>	<u>Severidad</u> DOI	<u>Severidad</u> AHORA	<u>Frecuencia</u> AHORA/ Desencadenantes?
14	<b>Dolores de Cabeza</b>	Dolor de cabeza persistente o severo (ICD-10: R51, ICF: b280)			
15	<b>Pérdida de Audición</b>	Capacidad reducida para escuchar. (ICD-10: H91.90, ICF: b230)			
16	<b>Irritabilidad</b>	Fácilmente molesto o enojado. (ICD-10: R45.4, ICF: b15)			
17	<b>Pérdida de Equilibrio</b>	Dificultad para caminar o mantener el equilibrio. (ICD-10: R26.81, ICF: b235)			
18	<b>Náuseas</b>	Sensación de malestar en el estómago. (ICD-10: R11, ICF: b535)			
19	<b>Dolor de Cuello</b>	Dolor o molestia en el área del cuello (ICD-10: M54.2, ICF: b280)			
20	<b>Cambios de Personalidad</b>	Comportamiento o estado de ánimo alterado (ICD-10: F07.0, ICF: b126)			
21	<b>Sensibilidad a la Luz</b>	Desconfort o dolor en luz brillante (ICD-10: H53.1, ICF: b210)			
22	<b>Sensibilidad al Ruido</b>	Desconfort o dolor en entornos ruidosos (ICD-10: H93.299, ICF: b230)			
23	<b>Trastornos del Sueño</b>	Dificultad para dormir o dormir demasiado (ICD-10: G47.9, ICF: b134)			
25	<b>Habla Arrastrada</b>	Dificultad para hablar claramente. (ICD-10: R47.81, ICF: b330)			
26	<b>Vértigo</b>	Sensación de giro o movimiento (ICD-10: R42, ICF: b240)			

# CUESTIONARIO DE TBI

(Antes de completar esto, por favor revise el Cuestionario de BrainLine)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_ FECHA DE LA LESIÓN RECIENTE: \_\_\_\_\_ DESCRIPCIÓN DE CÓMO

OCURRIÓ: \_\_\_\_\_

✓ Ahora	<u>Síntoma</u>	<u>Descripción</u> <i>(Códigos Médicos)</i>	<u>Severidad</u> DOI	<u>Severidad</u> AHORA	<u>Frecuencia</u> AHORA/ Desencadenantes?
<b><u>Less Common TBI Symptoms</u></b>					
27	<b>Agresión</b>	Aumento de la ira o comportamiento hostil. (ICD-10: R45.6, ICF: b152)			
28	<b>Anosmia</b>	Pérdida del sentido del olfato (ICD-10: R43.0, ICF: b210)			
29	<b>Bradiquinesia</b>	Movimiento lento. (ICD-10: R25.1, ICF: b760)			
30	<b>Bruxismo</b>	Rechinar los dientes o apretar la mandíbula. (ICD-10: G47.63, ICF: b760)			
31	<b>Edema Cerebral</b>	Hinchazón del cerebro. (ICD-10: G93.6, ICF: b110)			
32	<b>Clonus</b>	Contracciones musculares involuntarias (ICD-10: R25.3, ICF: b760)			
33	<b>Diplopía</b>	Visión doble. (ICD-10: H53.2, ICF: b210)			
34	<b>Disartria</b>	Dificultad con los músculos utilizados para pronunciar palabras claramente. (ICD-10: R47.1, ICF: b330)			
35	<b>Dispraxia</b>	Dificultad para coordinar movimientos. (ICD-10: R48.2, ICF: b176)			
36	<b>Euforia</b>	Sentimientos extremos de felicidad. (ICD-10: F30.9, ICF: b152)			

## CUESTIONARIO DE TBI

(Antes de completar esto, por favor revise el Cuestionario de BrainLine)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_ FECHA DE LA LESIÓN RECIENTE: \_\_\_\_\_ DESCRIPCIÓN DE CÓMO

OCURRIÓ: \_\_\_\_\_

✓ Ahora	<u>Síntoma</u>	<u>Descripción</u> <i>(Códigos Médicos)</i>	<u>Severidad</u> DOI	<u>Severidad</u> AHORA	<u>Frecuencia</u> AHORA/ Desencadenantes?
<b>37</b>	<b>Negligencia Espacial</b>	Ignorar un lado del cuerpo o del espacio. (ICD-10: R41.4, ICF: b140)			
<b>38</b>	<b>Hiperacusia</b>	Aumento de la sensibilidad a los sonidos normales. (ICD-10: H93.299, ICF: b230)			
<b>39</b>	<b>Hiperosmia</b>	Sentido del olfato aumentado. (ICD-10: R43.1, ICF: b210)			
<b>40</b>	<b>Hipersomnia</b>	Somnolencia excesiva (ICD-10: G47.10, ICF: b134)			
<b>41</b>	<b>Hipoxia</b>	Niveles bajos de oxígeno en el cerebro. (ICD-10: R09.02, ICF: b110)			
<b>42</b>	<b>Insomnio</b>	Incapacidad para dormir. (ICD-10: G47.00, ICF: b134)			
<b>43</b>	<b>Nistagmo</b>	Movimientos involuntarios de los ojos. (ICD-10: H55.9, ICF: b210)			
<b>44</b>	<b>Parálisis</b>	Pérdida de la función muscular. (ICD-10: G83.9, ICF: b730)			
<b>45</b>	<b>Fotofobia</b>	Sensibilidad severa a la luz. (ICD-10: H53.1, ICF: b210)			
<b>46</b>	<b>Prosopagnosia</b>	Incapacidad para reconocer rostros. (ICD-10: R48.8, ICF: b167)			
<b>47</b>	<b>Convulsiones</b>	Actividad eléctrica incontrolada en el cerebro.. (ICD-10: G40.9, ICF: b110)			
<b>48</b>	<b>Síncope</b>	Desmayo. ( ICD-10: R55, ICF: b110)			

## CUESTIONARIO DE TBI

(Antes de completar esto, por favor revise el Cuestionario de BrainLine)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_ FECHA DE LA LESIÓN RECIENTE: \_\_\_\_\_ DESCRIPCIÓN DE CÓMO

OCURRIÓ: \_\_\_\_\_

✓ Ahora	<u>Síntoma</u>	<u>Descripción</u> <i>(Códigos Médicos)</i>	<u>Severidad</u> DOI	<u>Severidad</u> AHORA	<u>Frecuencia</u> AHORA/ Desencadenantes?
<b>49</b>	<b>Tinnitus</b>	Zumbido en los oídos. (ICD-10: H93.19, ICF: b230)			
<b>50</b>	<b>Temblores</b>	Temblor involuntario. (ICD-10: R25.1, ICF: b760)			
<b>51</b>	<b>Pérdida del Campo Visual</b>	Pérdida de parte de la visión. (ICD-10: H53.4, ICF: b210)			

**EN LA SECCIÓN DE "NOTAS" A CONTINUACIÓN, para cada uno de sus SÍNTOMAS ACTUALES, POR FAVOR ANOTE el número correspondiente al síntoma, y luego la siguiente información:**

**1. Impacto Funcional:**

- **Actividades Diarias:** Describa cómo sus síntomas impactan sus actividades diarias (por ejemplo, trabajo, vida social, actividades físicas).
- **Estrategias Adaptativas:** Anote las estrategias adaptativas que usa para manejar sus síntomas.

**2. Establecimiento de Metas:**

- **Metas del Paciente:** Enumere sus metas a corto y largo plazo para manejar su TBI.



## CUESTIONARIO DE TBI

(Antes de completar esto, por favor revise el Cuestionario de BrainLine)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_ FECHA DE LA LESIÓN RECIENTE: \_\_\_\_\_ DESCRIPCIÓN DE CÓMO  
OCURRIÓ: \_\_\_\_\_

---

Cuando sienta que sus Síntomas están cambiando, mejorando, etc., y sus respuestas actuales ya no se aplican, por favor cree un nuevo Cuestionario de TBI para usted y entregue una copia del nuevo a sus proveedores de atención médica.

**Notas Adicionales:** MANTENGA NOTAS SOBRE FECHAS DE CITAS MÉDICAS, ETC., PARA PODER SEGUIR RASTREANDO SU ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO (CON FECHAS) EN UN SOLO LUGAR.

**NO NECESITA COMPARTIR SUS NOTAS PERSONALES CON SUS PROVEEDORES.**



















