

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### Cuestionario para pacientes VCD

**NLHQ:** Marque la respuesta que mejor lo describa actualmente.

1 = todo el tiempo 2 = la mayoría del tiempo 3 = una buena parte del tiempo

4 = algunas veces 5 = unas cuantas veces 6 = casi nunca 7 = nunca

Síntoma	1	2	3	4	5	6	7
Hay una sensación anormal en mi garganta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento flema y mucosidad en mi garganta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo dolor en la garganta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo la sensación de algo atorado en mi garganta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi garganta está bloqueada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi garganta se siente apretada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay una irritación en mi garganta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo la sensación de algo presionando mi pecho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo la sensación de algo presionando mi garganta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay una sensación de constricción como si necesitara inhalar una gran cantidad de aire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay un cosquilleo en mi garganta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay una picazón en mi garganta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo una sensación de calor o ardor en la garganta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	_____ / 91						

**RSI:** En el último mes, ¿cómo le afectaron los siguientes problemas?

0 = sin problema 5 = problema grave

Síntoma	0	1	2	3	4	5
Ronquera o un problema con su voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carraspera en su garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exceso de mucosa en la garganta o goteo post-nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para tragar alimentos, líquidos o pastillas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos después de comer o después de acostarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades respiratorias o episodios de asfixia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos problemática o molesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación de algo atorado en la garganta o un bulto en la garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acidez estomacal, dolor en el pecho, indigestión o ácido estomacal que se le sube.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	_____ / 45					

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

**Índice de disnea:** Estos son algunos síntomas que puede estar sintiendo. Marque la respuesta que indica con qué frecuencia tiene estos síntomas.

0 = nunca 1 = casi nunca 2 = a veces 3 = casi siempre 4 = siempre

Síntoma	0	1	2	3	4
Tengo problemas para tomar aire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento opresión en la garganta cuando estoy teniendo problemas para respirar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hago más esfuerzo para respirar que antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los cambios en el clima afectan mi problema respiratorio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi respiración empeora con el estrés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hago sonidos/ruidos cuando inhalo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi falta de aire empeora con el ejercicio o actividad física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi problema respiratorio me hace sentir estresado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi problema respiratorio me hace restringir mi vida personal y social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PUNTAJE TOTAL:</b>					<b>/ 40</b>

1) Describa sus síntomas:

2) ¿Cuándo comenzaron los síntomas? ¿Los asocia con algún evento en particular?

3) Tengo más problemas con: (encierre en un círculo)

\_\_\_\_ Inhalación

\_\_\_\_ Exhalación

4) Mi voz cambia cuando tengo problemas para respirar: (encierre en un círculo)

\_\_\_\_ Sí

\_\_\_\_ No

5) Tengo respiración ruidosa (estridor): (encierre en un círculo uno)

\_\_\_\_ Todo el tiempo

\_\_\_\_ Cuando hago ejercicio

\_\_\_\_ Cuando hago ejercicio

\_\_\_\_ Otras veces: (describa)

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

**6) Las siguientes circunstancias empeoran mi respiración: (marque todo lo que corresponda)**

\_\_\_\_\_ Olores fuertes

\_\_\_\_\_ Estrés

\_\_\_\_\_ Mucosidad

\_\_\_\_\_ Otra: (describa)

\_\_\_\_\_ Calor

\_\_\_\_\_ Ejercicio

\_\_\_\_\_ Hablar