

Nombre del paciente: _____ Sexo: F | M Fecha: ____ / ____ / ____

A COMPLETAR POR EL PACIENTE (ESCRIBA UNA "S" O UNA "N" JUNTO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS)

¿Cuándo fue su último examen de audición? _____ ¿Con quién? _____

¿Hace cuánto tiempo notó una disminución en su audición? (Por favor, marque uno) En el plazo de 1 año, 1-5 años 6-10 años, 10+ años

(POR FAVOR, ESCRIBA UNA "S" PARA SÍ O UNA "N" PARA NO JUNTO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS):

¿Alguna vez ha utilizado un dispositivo auditivo? _____

En caso afirmativo, ¿qué disfrutó mientras los usaba? _____

¿Alguna vez te has sometido a una cirugía de orejas? _____

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ ¿Cuál oído? _____ Procedimiento: _____

¿Sufre de dolor o molestias en el oído? _____

¿Sufre usted de infecciones de oídos crónicas? _____ ¿Cuál oído? _____

¿Producen sus oídos una cantidad significativa de cera? _____

¿Tiene usted algún historial de traumatismo craneal? _____

¿Sufre de presión en los oídos? _____ ¿Cuál oído? _____

¿Sufres de mareos/dificultades de equilibrio? _____

¿Sufres de tinnitus (zumbido en los oídos)? _____ En caso afirmativo, ¿qué oído? _____ fecha de inicio?

¿Tienes antecedentes familiares con pérdida auditiva? _____

Marque con un círculo si tiene antecedentes de alguno de los siguientes:

Sarampión Paperas Diabetes Neumonía Presión Arterial Alta Dolores de cabeza frecuentes Fiebres altas Meningitis Problemas de memoria

Por favor, marque con un círculo si alguna vez ha estado expuesto a niveles excesivos de ruido sin protección auditiva en alguno de los siguientes entornos.

Lugar de trabajo: armas de fuego militares, música o conciertos a todo volumen, motocicletas o automóviles ruidosos, cortadoras de césped o actividades al aire libre

¿Es tu destreza (buena regular mala)? Visión (buena regular mala)?

¿Cuál es tu objetivo para la cita de hoy? _____

¿Hay algo más que le gustaría compartir con su proveedor en la visita de hoy? _____