



Evaluación de la salud auditiva para adultos

Fecha ____ / ____ / ____

Nombre legal _____

Otros nombres, y, en caso aplicable _____ Pronombres _____

Fecha de nacimiento _____ Masculino Femenino Otro _____

Dirección _____

Teléfono _____ Teléfono alternativo _____

Residencial

Laboral

Celular

(MARQUE UNO)

Residencial

Laboral

Celular

(MARQUE UNO)

¿Le podemos dejar mensajes en los números que ha proporcionado? Sí No

Nombre del contacto de emergencia _____ Número de teléfono _____ Parentesco _____

Dirección de correo electrónico _____

Ocupación/Ocupación anterior _____ Empleador _____

Idioma nativo _____ Idioma primario _____

Nombre del médico _____ Teléfono _____

Referido por _____

Seguro:

Primario _____ Secundario _____

Póliza # _____ Póliza # _____

Grupo # _____ Grupo # _____

Nombre del afiliado _____ Nombre del afiliado _____

Número de teléfono y dirección del afiliado _____

Fecha de nacimiento del afiliado _____ Fecha de nacimiento del afiliado _____

Persona que llena este formulario _____ Parentesco _____

¿Cuándo fue su último examen de audición? _____ ¿Quién se lo realizó? _____

¿Hace cuánto tiempo notó una disminución de su audición? Hace 1 año 1 a 5 Años 6 a 10 Años 10+ Años

¿Su audición fluctúa? Sí No

¿Es un oído mejor que el otro? Derecho Izquierdo No

¿Dónde tiene más dificultades para oír? _____

¿Alguna vez ha utilizado dispositivos de audición? Sí No En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? _____ Marca ____ Modelo

Describa su satisfacción _____

¿Cuál oído es el que más utiliza para el teléfono? Derecho Izquierdo Ambos Ninguno

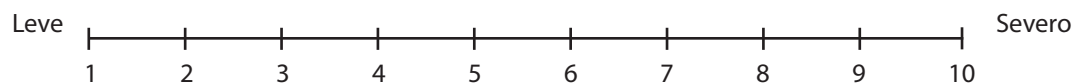
¿Ha experimentado un pérdida de audición repentina o progresiva en los últimos 90 días? Derecho Izquierdo Ambos Ninguno

¿Alguna vez se ha operado los oídos? Sí No

De ser así, ¿cuándo? _____ ¿Cuál oído? _____ Nombre del procedimiento? _____

- ¿Sufre de dolor o molestia en sus oídos? Sí No ¿Ha tenido infecciones de oído crónicas? Sí No
- ¿Sus oídos producen una cantidad significativa de cera? Sí No ¿Alguna vez ha sufrido algún trauma a la cabeza? Sí No
- ¿Está experimentando alguna presión en sus oídos? Sí No ¿Alguna vez le han diagnosticado APD? Sí No
- ¿Sufre de tinnitus (zumbido en los oídos)? Sí No ¿Tiene historial familiar de pérdida de audición? Sí No

Si sufre de tinnitus, ¿cuál es el nivel de su molestia?



¿Tiene historial de alguna de las siguientes?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Fiebres altas | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de circulación | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Derrame | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

¿Ha consumido algún producto de tabaco (por ejemplo, cigarrillos, cigarros, tabaco sin humo) una o más veces en los últimos 24 meses? Sí No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia consumió algún producto de tabaco en los últimos 24 meses? _____

En caso afirmativo, ¿qué tipo(s) de producto(s) ha consumido? _____

¿Ha experimentado mareos, inestabilidad, falta de equilibrio, o vértigo? Sí No

En caso afirmativo, ¿siente mareo en el día de hoy? Sí No

En caso afirmativo, por favor descríbalos _____

En caso afirmativo, se presenta acompañado de: Náusea Zumbido o sonidos en sus oídos Pérdida de audición Alteraciones visuales Otro _____

Frecuencia de aparición _____

¿Ha sufrido alguna caída en los últimos 12 meses? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuántas veces se ha caído en los últimos 12 meses? _____

En caso de haberse caído, ¿se ha lesionado? Sí No

Por favor describa su lesión _____

¿Experimenta alteraciones o dificultades visuales? Sí No

En caso afirmativo, por favor descríbalos _____

¿Ha sido expuesto a niveles de ruido excesivo sin protección en alguna de las siguientes situaciones?

Lugar de trabajo Ejército Armas de fuego Música

Motocicletas Cortadora de césped Otro (describa) _____

Destreza del paciente Buena Razonable Pobre Visión del paciente Buena Razonable Pobre

¿Experimenta alteraciones o dificultades visuales? Sí No

En caso afirmativo, por favor descríbalos _____

¿Ha notado alguna pérdida de memoria en los últimos años? Sí No

En caso afirmativo, por favor descríbalos _____

¿Hay alguna funcionalidad específica que le interesa para su solución de audición? _____
