



ALTAMONTE
FAMILY HEARING
DELIVERING THE SOUND OF LIFE.

Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____ Fecha De Hoy: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Quien le está acompañando? (Si aplica) _____

Cual era/es su ocupación? _____ Como se enteró de nuestro consultorio? _____

Doctor Primario: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

1. ¿Le han diagnosticado alguna vez alguna de las siguientes condiciones?

- ☐ Diabetes ☐ Presión arterial alta / Hipertensión ☐ Cáncer ☐ Traumatismo o lesión craneal ☐ Enfermedad cardíaca
☐ Ansiedad ☐ Depresión ☐ Demencia / Alzheimer

2. ¿Ha tenido algún cambio médico o de vida significativo recientemente? Si es así, por favor descríbalos a continuación.

☐ Sí ☐ No

3. Ciertos tipos de medicamentos se han relacionado con la pérdida de audición. Si tiene una copia de su lista de medicamentos, por favor entréguesela a nuestro personal. ¿Toma alguno de los siguientes tipos de medicamentos? Si es así, por favor marque la casilla correspondiente.

- ☐ Anticoagulantes ☐ Medicamentos para el corazón ☐ Insulina ☐ Agentes quimioterapéuticos ☐ Analgésicos
☐ Otro: _____

4. Durante sus visitas al consultorio puede estar en contacto con varios materiales. ¿Es alérgico/a a alguno de los siguientes?

- ☐ Látex ☐ Nitrilo ☐ Plásticos ☐ Goma / Caucho ☐ Silicona ☐ Otro: _____

5. ¿Ha recibido alguna vez tratamiento médico o quirúrgico en los oídos?

☐ Sí ☐ No Si es así, por favor describa el procedimiento: _____

ANTECEDENTES DE SALUD AUDITIVA

1. ¿Ha experimentado algún zumbido o sonidos en los oídos?

☐ Sí ☐ No Describa: _____

2. ¿Ha estado expuesto/a a sonidos fuertes (en el trabajo o por pasatiempos)?

☐ Sí ☐ No

3. ¿Tiene antecedentes familiares de pérdida de audición?

☐ Sí ☐ No

4. ¿Siente algún dolor o sensación de oído tapado/lleño hoy?

☐ Sí ☐ No

5. ¿Encuentra que algunos sonidos son incómodamente fuertes?

☐ Sí ☐ No

EVALUACIÓN DE DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN

1. ¿Se encuentra diciendo "¿qué?" o pidiendo a los demás que le repitan con frecuencia?

☐ Sí ☐ No

2. ¿Otras personas le han mencionado que usted tiene dificultad para oír?

☐ Sí ☐ No

3. ¿Otras personas le han mencionado que el volumen del televisor, el teléfono o la radio está más alto de lo que debería?

☐ Sí ☐ No

4. ¿Hace cuánto tiempo notó por primera vez que tenía alguna dificultad para oír o entender? _____

5. ¿Qué otras dificultades de audición están experimentando? _____

6. ¿Cuál es el área más importante de su audición y/o comprensión en la que desea ver una mejoría? _____

7. ¿Se ha realizado alguna vez una evaluación auditiva completa?

☐ Sí ☐ No Si es así, ¿hace cuánto tiempo? _____

8. Si se descubre una pérdida de audición, ¿tiene alguna objeción en usar audífonos?

☐ Sí ☐ No

Notas adicionales para su profesional de la salud auditiva:

Cuestionario de Evaluación del Inventario de Audición para Adultos

El propósito de esta escala es identificar los problemas que su pérdida de audición pueda estar causándole. Marque con un círculo "Sí", "A veces" o "No" para cada pregunta. Si usted utiliza un audífono, por favor responda de la manera en que oye sin el audífono.

PREGUNTAS	NO	A VECES	SÍ
1. ¿Un problema de audición le hace sentir avergonzado/a cuando conoce a personas nuevas?	☐ 0	☐ 2	☐ 4
2. ¿Un problema de audición le hace sentir frustrado/a al hablar con miembros de su familia?	☐ 0	☐ 2	☐ 4
3. ¿Tiene dificultad para oír/entender a compañeros de trabajo, clientes o personal de atención (camareros)?	☐ 0	☐ 2	☐ 4
4. ¿Se siente significativamente en desventaja por un problema de audición?	☐ 0	☐ 2	☐ 4
5. ¿Un problema de audición le causa dificultades al visitar a amigos, parientes o vecinos?	☐ 0	☐ 2	☐ 4
6. ¿Un problema de audición le causa dificultades para oír en el cine o en el teatro?	☐ 0	☐ 2	☐ 4
7. ¿Un problema de audición le hace tener discusiones con miembros de su familia?	☐ 0	☐ 2	☐ 4
8. ¿Un problema de audición le causa dificultad al escuchar la televisión o la radio?	☐ 0	☐ 2	☐ 4
9. ¿Siente que alguna dificultad con su audición limita o entorpece su vida personal o social?	☐ 0	☐ 2	☐ 4
10. ¿Un problema de audición le causa dificultad cuando está en un restaurante con familiares o amigos?	☐ 0	☐ 2	☐ 4

EL RESTO DE ESTA PÁGINA DEBE SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN AUDITIVA.

Video Otoscopic Inspection: Clear ____ Partial ____ Fully impacted ____ T.M. Observations _____

Tympanometry: Left ____ Right ____ **Pinna Length:** 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ **Canal Size:** S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐

- ☐ **Yes** ☐ **No** Acute or chronic dizziness within the previous 90 days
- ☐ **Yes** ☐ **No** Pain or discomfort in the ear within the previous 90 days
- ☐ **Yes** ☐ **No** History of sudden or rapidly progressive hearing loss within the previous 90 days
- ☐ **Yes** ☐ **No** Unilateral hearing loss of sudden or recent onset within the previous 90 days
- ☐ **Yes** ☐ **No** History of active drainage from the ear within the previous 90 days
- ☐ **Yes** ☐ **No** Visible congenital or traumatic deformity of the ear
- ☐ **Yes** ☐ **No** Visible evidence of significant cerumen accumulation or a foreign body in the ear canal
- ☐ **Yes** ☐ **No** Audiometric air-bone gaps equal to or greater than 15 dB at 500, 1K, and 2K Hz

Speech Testing: Live or Rec. **WRS:** Left: ____% @ ____ dB Right: ____% @ ____ dB Bilateral: ____% @ ____ dB
English / Spanish **SRT:** Left: ____ dB Right: ____ dB QUICKSIN: _____

Comments: _____
