



# Adult Audiology History

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

¿Cuál es la razón principal por venir hoy? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si se sospecha de una pérdida de audición , ¿cuánto tiempo ha notado este problema? \_\_\_\_\_

¿Cuál cree que la causa de su problema de audición? \_\_\_\_\_

Fue el inicio de su pérdida gradual de la audición o fue repentina?  Gradual  Repentino

En la que el oído no se oye el mejor?  Derecha  Izquierda  Igual en ambos oídos

Alguna vez ha sido expuesto a ruido ocupacional o recreativa ( ejemplo: militar, música, disparos )?

Sí  No

En caso afirmativo , describa \_\_\_\_\_

¿Alguien en su familia tiene pérdida de audición?  Sí  No

En caso afirmativo , ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has hecho la prueba de audición?  Sí  No

En caso afirmativo , ¿quién? \_\_\_\_\_

## MEDICAL HISTORY:

¿Ha tenido dolor de oídos o drenaje de sus oídos en los últimos 90 días?  Sí  No

¿Alguna vez ha tenido un tratamiento médico / quirúrgico para los oídos?  Sí  No

En caso afirmativo , explique: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez tiene mareos o problemas de equilibrio?  Sí  No

¿Usted nota tinnitus (zumbido , zumbido, o zumbido ) en los oídos?  Sí  No

En caso afirmativo, en qué oído?  Derecha  Izquierda  Ambos oídos

Es constante , o se producen de vez en cuando?  Constante  De vez en cuando

Por favor, indique todos los medicamentos que esté tomando o ha tomado recientemente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



¿Ha tenido o tiene actualmente tener cualquiera de lo siguiente? Marque todo lo que corresponda.

- Alta presión sanguínea
- Meningitis
- Paperas
- Visión Problema
- Artritis
- Enfermedad del corazón
- Ictus/TIA
- Esclerosis múltiple
- Cáncer
- Diabetes
- Enfermedad del riñón
- La depresión / ansiedad
- Demencia / Alzheimer
- Sarampión

### HISTORIA DE AUDIENCIA:

Lista 3 áreas donde usted tiene más dificultad para oír o entender:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

¿Tiene dificultad para la audición / entendimiento en cualquiera de las siguientes situaciones ? Marque todo lo que corresponda.

- Viendo la televisión
- Restaurantes
- Reuniones
- Teléfono
- Películas
- Servicios religiosos

### AUDIENCIA LOS ANTECEDENTES DE AYUDA:

Cómo se usa audífonos?  Sí  No

En caso afirmativo, en qué oído utiliza un audífono?  Derecho sólo  Sólo la izquierda  Ambos

¿Usa su ayuda ( s ) audiencia con regularidad?  Sí  No

¿Se siente usted se beneficia de su ayuda ( s ) audiencia?  Sí  No

Una lista de cualquier problema que tenga con los audífonos \_\_\_\_\_

¿Qué mejorarías acerca de su tecnología actual audífono? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra información relacionada con su audiencia se siente que podría ser importante para su audiólogo para saber? \_\_\_\_\_

A quién debemos agradecer por referencia al Centro Auditivo Verbal? \_\_\_\_\_