



**Audiological Services
(Oficina Central)**
601 Ellis AVE, Lufkin, TX 75904
(936) 632-2252

All About Hearing
2703 W Cuthbert AVE
Midland, TX 79701
(432) 689-2220

Central Texas Hearing Center
1320 Wonder World Dr #107
San Marcos, TX 78666
(512) 667-7921

Central Texas Hearing Center
1927 Lohman's Crossing Rd Ste#203
Lakeway, TX 78734
(512) 640-2999

HISTORIA CLÍNICA DE ADULTOS

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Medico: _____ Fecha: _____

Fax Informe médico

Fax Informe escolar

Mandar Informe del paciente por Correo electrónico

Correo Electrónico: _____

**Toda la información de contacto, incluida la dirección de correo electrónico, se utilizará estrictamente para cuestiones relacionadas con la visita de hoy y cualquier contacto futuro necesario. No se divulgará a fuentes externas más allá del alcance de nuestra política de privacidad del paciente.

A Completar solo por Audiólogo (To Be Completed by Audiologist Only):

HI RECOMMENDATION REQUIRED

R Make/Model: _____ SN= _____

MEDICAL CLEARANCE REQUIRED

L Make/Model: _____ SN= _____

UPGRADE FORM

PRIOR AUTHORIZATION REQUIRED FROM INSURANCE

HISTORIAL DE OÍDO Y AUDICIÓN

¿Ha tenido pérdida auditiva? Sí No

derecho o izquierdo o ambos

¿Cuánto tiempo? _____

¿Gradual? ¿Repentino? ¿Fluctuante?

¿Cirugía de orejas pasada? Sí No

derecho o izquierdo o ambos

Describir: _____

¿Dolor de oído reciente? Sí No

derecho o izquierdo o ambos

Describir: _____

¿Tinnitus (zumbido/otros ruidos en los oídos)? Sí No

*En caso afirmativo, responda más preguntas en la 2^a página.

¿Mareo/problemas de equilibrio? Sí No ¿Gira la habitación? Sí No

¿Cuánto tiempo hace que tienes problemas? _____

¿Con qué frecuencia ocurre? _____

¿Duración de un episodio? _____

¿Antecedentes familiares de pérdida auditiva? Sí No ¿Quién?: _____

¿Sensación de lleno/enchufado Sí No

derecho o izquierdo o ambos

¿Cuánto tiempo? _____

¿Drenaje de oído reciente? Sí No

derecho o izquierdo o ambos

Describir: _____

EXPOSICIÓN EXCESIVA AL RUIDO

Construcción

Agricultura

Tala Industria maderera

Transporte (avión / barco / tren / camión)

Duración? _____

¿Otro? _____

¿Cuando? _____

Motores (Auto/Barco/Motocicleta/Motosquí)

Bombero/Policía

Música alta (amplificada/en vivo)

Disparos – Militar

Minería

Fábrica

Disparos - ocupacionales

Herramientas eléctricas

Explosiones

Disparos - Recreativo

Imprenta

Equipo pesado

OTROS ANTECEDENTES MÉDICOS

Alergias

Lesión en la cabeza

Enfermedad renal

Cáncer

Ataque cardíaco

Meningitis

Parálisis cerebral

Presión arterial alta

Esclerosis múltiple

Diabetes

¿VIH? o SIDA

Paperas

Lista de medicamentos o Traer una Lista

Accidente cerebrovascular Otras enfermedades transmisibles o problemas de salud importantes: _____

EVALUACIÓN DE LA PÉRDIDA AUDITIVA

	SI	A Veces	NO
¿Su problema de audición le hace sentir vergüenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su problema de audición le hace sentir frustrado cuando habla con la familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dificultad para oír cuando alguien habla en un susurro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cree que su problema de audición ha afectado el trabajo o situaciones similares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su problema de audición le causa dificultad cuando visita amigos o familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su problema de audición le hace evitar situaciones de grupos grandes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su problema de audición le hace tener discusiones con amigos o familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su problema de audición le causa dificultad al escuchar la televisión o la radio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su problema de audición dificulta su vida personal o social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su problema de audición le causa dificultad cuando se encuentra en una situación ruidosa como un restaurante o una fiesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enumere cuatro objetivos específicos para mejorar su audición:

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

Si ha usado audífonos antes, responda lo siguiente:

HISTORIAL DE AUDÍFONOS

¿Cuánto tiempo ha usado audífonos? _____

¿Dónde los compraste? _____

¿Se compraron a través de un seguro privado, pago por cuenta propia o Medicaid? _____

¿Qué tan satisfecho está con su(s) audífono(s) en las siguientes situaciones?

¿En casa, conversaciones uno a uno?	<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Mal
¿En ruido de fondo? (restaurantes)	<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Mal
¿En el teléfono?	<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Mal
¿En un teléfono celular?	<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Mal
¿Viajando en un automóvil?	<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Mal
¿En el trabajo?	<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Mal
¿Televisión?	<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Mal
¿En una habitación grande?	<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Mal

¿Puede reemplazar sus audífonos si hay algo mejor disponible? Sí Quizás No

Si respondió "sí" que tiene tinnitus (zumbido u otros sonidos en los oídos), responda lo siguiente

EVALUACIÓN DEL TINNITUS

Descripción de su tinnitus D = Derecho I = Izquierdo

¿Cómo suena?

D I Zumbido D I Rugiente D I Sonido apresurado

D I Silbido D I Pulsante D I Gorjeo

D I Musical D I ¿Otro?: _____

¿Con qué frecuencia lo escuchas?

D I Raro D I Ocasionalmente D I Constantemente

¿Cuánto tiempo dura?

D I Raro D I Ocasionalmente D I Constantemente

¿Qué tan fuerte es?

D I Muy fuerte D I Fuerte D I ¿Lo escuchas ahora?

¿Cómo te afecta tu tinnitus?

¿Te pone irritable o nervioso? Sí No

¿Te cansas o te estresas? Sí No

¿Afecta sus hábitos de sueño? Sí No

¿Hacer que sea difícil relajarse? Sí No

¿Dificultar la concentración? Sí No

¿Interfiere con tu trabajo? Sí No

¿Interfiere con las actividades sociales? Sí No

¿Te deprimes? Sí No

¿Te afectó de otra manera? Sí No

Describir: _____