



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 2ª 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 ☐ Motores (Auto/Barco/Motocicleta/Motosquí) ☐ Disparos - ocupacionales
☐ Agricultura ☐ Bombero/Policia ☐ Herramientas eléctricas
☐ Tala Industria maderera ☐ Música alta (amplificada/en vivo) ☐ Explosiones
☐ Transporte (avión / barco / tren / camión) ☐ Disparos - Militar ☐ Disparos - Recreativo
Duración? _____ ☐ Minería ☐ Imprenta
¿Otro? _____ ☐ Fábrica ☐ Equipo pesado
¿Cuando? _____

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?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I Zumbido | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I Rugiente | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I Sonido apresurado |
| <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I Silbido | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I Pulsante | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I Gorjeo |
| <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I Musical | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I ¿Otro?: | |

¿Con qué frecuencia lo escuchas?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I Raro | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I Constantemente |
|--|--|--|

¿Cuánto tiempo dura?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I Raro | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I Constantemente |
|--|--|--|

¿Qué tan fuerte es?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I Muy fuerte | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I Fuerte | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I ¿Lo escuchas ahora? |
|--|--|---|

¿Cómo te afecta tu tinnitus?

- | | |
|---|---|
| ¿Te pone irritable o nervioso? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Te cansas o te estresas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Afecta sus hábitos de sueño? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Hacer que sea difícil relajarse? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Dificultar la concentración? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Interfiere con tu trabajo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Interfiere con las actividades sociales? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Te deprime? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Te afectó de otra manera? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Describir: _____