

Nombre del Paciente: _____ **Edad:** _____ **Fecha:** _____

1. Queja principal:

- Pérdida de Audición, Derecho Izquierdo
- Tinnitus/Zumbido, Derecho Izquierdo
- Mareos
- Dificultad con entendimiento, Ambiente Tranquilo Ambiente Ruidoso
- Dificultad Oyendo/Entendiendo en el teléfono, Derecho Izquierdo

2. Desde cuando Ud. nota esta dificultad? Repentino, ____ de meses, ____ # de años

3. Ud. tiene dolor de oído? Si No, Si la respuesta es sí, en cual oído? Derecho Izquierdo.
Cuando comenzó? _____

4. Se siente que oye mejor con un oído que con el otro?
 Si No. Si la respuesta es sí, cual es mejor? Derecho Izquierdo

5. Si Ud. ahora usa un audífono, o lo ha usado en el pasado, por favor conteste las siguientes preguntas:
En cual oído lo usa? Derecho Izquierdo
Desde cuando usa audífono? _____
Que mejoraría su presente audífono? _____

6. En qué situación(es) tienes dificultades oyendo /entendiendo? _____

7. Este problema es debido a un accidenté de trabajo u otro tipo de accidenté/herida? Si No
Si su respuesta es sí: Fecha lesionado(a) _____
Explique: _____

8. a. Ud. trabaja o ha trabajado en ambientes de mucho ruido? Si No
Si su respuesta es sí, explique: _____

b. Ha estado expuesto a ruidos muy altos, recientemente o en el pasado? Si No
Si su respuesta es sí, explique: _____

9. Ha tenido alguna cirugía/tratamiento que pudo afectar su audición? Si No
Si su respuesta es sí, explique: _____

10. Ha experimentado algún golpe serio en la cabeza? Si No

11. Ha visto alguna vez a un Dr. Otolaringologo? Si No
Nombre del Dr. _____ Cuando lo vio? _____

12. Hay historia de pérdida de audición en su familia? Si No

Si su respuesta es sí, quien? _____

13. Ha tenido alguna infección en los oídos? Si No.

Si su respuesta es sí: de niño de adulto

14. Alguna vez ha experimentado mareos, inestabilidad, falta de balance o vértigo? Si No

Si contesto si, se siente mareado hoy? Si No

Por favor describa: _____

Con qué frecuencia le ocurre: _____

Si contesto sí, es acompañado con:

nausea sonidos en los oídos pérdida de audición perturbación visual otro

15. Se ha caído durante los últimos 12 meses? Si No

Si su respuesta es sí, cuantas caídas ha tenido en los últimos 12 meses? _____

Si se ha caído, se ha hecho algún daño? Si No

Por favor describa sus daños: _____

16. Tiene alergia al Látex? Si No

Tiene alguna otra alergia? Si No, especifica: _____

17. Usa productos de tabaco? Si No

18. Toma medicinas de prescripción o vitaminas diariamente? Por favor, nómbrelas:

_____ Para: _____ Dosificación: _____ Frecuencia: _____

_____ Para: _____ Dosificación: _____ Frecuencia: _____

_____ Para: _____ Dosificación: _____ Frecuencia: _____

_____ Para: _____ Dosificación: _____ Frecuencia: _____

19. Por favor marque cualquier padecimiento que tiene o ha tenido en el pasado:

<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/> Meningitis	<input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos	<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Problemas Neurológicos	<input type="checkbox"/> VIH
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Parálisis Facial	<input type="checkbox"/> Problemas Vasculares	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Lesión Craneal	<input type="checkbox"/> Parkinson's	<input type="checkbox"/> Problemas de Visión	_____
<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Presión Alta/Baja	<input type="checkbox"/> Sarampión	_____
<input type="checkbox"/> Ataques Isquémicos Transitorios				

20. Con que preguntas o problemas podemos ayudarlo a Ud. hoy? _____

Solo para uso por Oficina:

