



Ciencias y trastornos de comunicación

Una universidad que ofrece igualdad de oportunidades
Bellingham, Washington 98225-9171
(360) 650-3881 Fax (360) 650-4334

Persona que llena el formulario: _____ Si no es el paciente, indicar relación con éste: _____

Firma Fecha

CLÍNICA DE AUDIOLOGÍA: FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO PARA ADULTOS

Nombre del paciente: _____ Edad: ____ Fecha de nacimiento: _____
Ocupación: _____ Pronombre preferido: _____
Remitido por: _____

1. Motivo de la visita:

2. Evaluaciones previas de audición: Sí No

¿Dónde? _____

¿Cuándo? _____

¿Cuáles fueron los resultados? _____

¿Qué recomendaciones le dieron? _____

3. Pérdida auditiva: Sí No
Si la respuesta es SÍ, ¿en cuál oído? Derecho Izquierdo Ambos
¿Puede escuchar mejor por un oído que por el otro? Si la respuesta es SÍ, ¿en cuál oído?
Derecho Izquierdo

¿Cuándo/a qué edad comenzó con pérdida auditiva? _____

¿La pérdida sucedió de manera REPENTINA o GRADUAL? _____

¿Ha empeorado? Sí No

Observaciones: _____

4. ¿Tiene dificultad para escuchar en situaciones específicas? Sí No

Si la respuesta es SÍ, seleccione todas las opciones que correspondan:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Al usar el teléfono | <input type="checkbox"/> Voces de mujeres y niños |
| <input type="checkbox"/> Una conversación en voz baja (uno a uno) | <input type="checkbox"/> Cuando hay ruido de fondo |
| <input type="checkbox"/> Cuando estoy en un grupo de personas | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuando veo la televisión | _____ |

5. ¿Tiene algún familiar que haya sufrido pérdida auditiva antes de los 50 años? Sí No

Si la respuesta es SÍ, ¿qué parentesco tiene con esa persona? _____

6. ¿Escucha un zumbido u otros ruidos en la cabeza? Sí No

Si la respuesta es SÍ, ¿en cuál oído? Derecho Izquierdo Ambos

¿Es CONSTANTE o INTERMITENTE? _____

Califique la gravedad en una escala del 1 al 5, donde 1 es mínimo y 5 es insoportable:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Tiene antecedentes médicos de dolor, drenaje o infecciones en los oídos? Sí No

Si la respuesta es SÍ, ¿en cuál oído? Derecho Izquierdo Ambos

¿Cuándo sucedió? _____

¿Cuáles fueron los síntomas? _____

¿Qué tratamiento le dieron? _____

8. ¿Alguna vez le han hecho cirugía en los oídos? Sí No

Si la respuesta es SÍ, ¿en cuál oído? Derecho Izquierdo Ambos

¿Cuál es la fecha de la(s) cirugía(s)? _____

¿Qué tipo(s) de cirugía(s) le hicieron? _____

9. ¿Tiene antecedentes de mareos? Sí No
 Si la respuesta es SÍ, ¿cómo los describiría? _____

¿Cuándo comenzaron? _____

¿Qué los provoca? _____

¿Con qué frecuencia suceden? _____

¿Se ha consultado con un médico? Sí No

Observaciones: _____

10. ¿Alguna vez ha sufrido un trauma craneal? Sí No
 (p. ej. fractura de cráneo, conmoción cerebral, desmayos)

Si la respuesta es SÍ, describa e incluya fechas y circunstancias específicas _____

11. ¿Tiene antecedentes de algún otro padecimiento médico? Sí No
 (p. ej., diabetes, riñones, problemas circulatorios o del corazón, tiroides o infecciones, entre otros)

Si la respuesta es SÍ, describa: _____

12. ¿Actualmente toma algún medicamento? Sí No
 Si la respuesta es SÍ, indique el nombre, descripción, dosis y vía de administración en el siguiente espacio:

¿Sabe si alguna vez tomó un medicamento que haya afectado su audición? Sí No
 Describa: _____

13. ¿Ha estado expuesto a ruido de alto volumen por un periodo prolongado? Sí No
 (p. ej. las fuerzas armadas, por su trabajo o alguna actividad recreativa, entre otros)

Si la respuesta es SÍ, indique y describa dónde sucedió: _____

¿Por cuántos años estuvo expuesto? _____ ¿Por cuántas horas al día? _____
¿Utilizó protección para los oídos? _____ ¿Cuándo fue su exposición más reciente al ruido? _____

14. ¿Alguna vez ha utilizado o probado un aparato auditivo? Sí No
Si la respuesta es SÍ, ¿qué tipo de aparato? (*BTE, RITE, ITE, ITC, CIC*)
Detrás de la oreja: Derecho Izquierdo Ambos
¿Cuándo lo compró? _____ ¿Dónde? _____
¿Por cuánto tiempo lo usó? _____ ¿Cuáles fueron los beneficios/limitantes? _____

Comentarios adicionales: _____

15. ¿Cuáles son sus inquietudes principales con respecto a su trabajo o en sus actividades cotidianas, entre otros? _____

OTRA INFORMACIÓN PERTINENTE: _____

