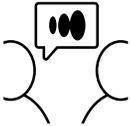
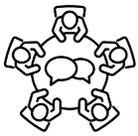


Cuestionario de comunicación para el acompañante

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Nombre del acompañante _____ Relación _____

Marque la casilla para cada área en la que note que su pareja tiene dificultades auditivas.
Asegúrese de considerar sus pasatiempos y sus recuerdos favoritos.

 Conversaciones individuales	 Conversación en grupos pequeños	 Televisión/películas	 Música/radio	 Teléfono
 En el automóvil	 Al aire libre	 Teatro/lugar de culto	 Reuniones/encuentros familiares	 Restaurantes/fiestas

¿En cuáles de estas situaciones considera que es importante que escuche mejor?

1. _____
2. _____
3. _____

¿Nota que se distancia de las conversaciones? Sí No

¿Nota que parece frustrarse al intentar escuchar? Sí No

¿Nota que evita lugares porque no puede escuchar bien? Sí No

¿Le pide a los demás que repitan lo que dijeron? Sí No

Si se recomiendan nuevos audífonos, ¿está listo para avanzar con ellos hoy?

Sí No Tal vez

Firma

Fecha