

¡Le damos la bienvenida a HearUSA!

Tómese unos momentos para responder estas preguntas sobre su salud auditiva. Sus comentarios son invaluable para ayudarnos a brindarle una atención personalizada de la audición.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

¿Cuál fue su principal razón por la que vino hoy? _____

¿Quién vino hoy con usted? _____

Cliente Nuevos

¿Se ha realizado pruebas de audición antes? Si No

¿Padece de pérdida auditiva en uno o ambos oídos? Izquierdo Derecho Ambos No estoy seguro

¿Hace cuánto que experimenta pérdida de audición? _____

¿Sus familiares o amigos insinúan que padece de pérdida de audición? Si No

¿Hay algún historial de pérdida de audición en su familia? Si No

¿Alguna vez experimentó ruidos fuertes por un largo período de tiempo? Si No

Si la respuesta es sí, ¿dónde?: _____

Todos los Clientes

Si ya ha sido atendido en nuestro centro, por favor menciona cualquier cambio que haya desde su última visita.

¿Experimenta ruidos (pitidos, zumbidos, etc.) en los oídos (acúfenos)? Si No

¿Sufre de dolor o molestia o descarga en los oídos? Si No

¿Se realizó una cirugía de oído o tuvo algún problema en sus oídos? Si No

¿Sufrió mareos o dificultades en el balance en los últimos 90 días? Si No

Por favor, liste cualquier medicación o afección médica actual por la que esté siendo tratado actualmente:

¿Tiene alguna limitación en lo siguiente?:

Visión (ver elementos pequeños frente a usted) Si No

Destreza (tomar pequeños elementos) Si No

¿Utiliza aparatos auditivos actualmente? Si No Si la respuesta es sí, ¿hace cuánto que los usa? _____

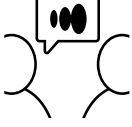
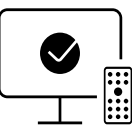
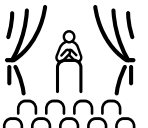
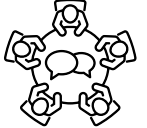
Si la respuesta es sí, describa su experiencia con sus aparatos auditivos actuales. Satisfecho Insatisfecho No estoy seguro

Firma Fecha

Preguntas de Comunicación y Motivación

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Marque la casilla en cada una de las áreas en las que tenga dificultades auditivas. Considere todos los aspectos de su estilo de vida. Si usa aparatos auditivos, responda según su experiencia cuando los tiene puestos.

 Conversación cara a cara	 Grupo Pequeño	 TV / Película	 Música / Radio	 Teléfono
 En el Auto	 Al Aire Libre	 Teatro / Iglesia	 Reunion Familiar Juntas	 Restaurantes Fiestas

En cuál de estas situaciones es para usted escuchar mejor:

1. _____
2. _____
3. _____

Se distrae en las conversaciones?	Si	No	
¿Se siente frustrado al intentar escuchar?	Si	No	
¿Evita ciertos lugares porque no puede escuchar bien?	Si	No	
¿Les pide a otros que repitan lo que dicen?	Si	No	
Si usa un teléfono (móvil) INTELIGENTE, ¿qué tipo de teléfono es?	iPhone	Android	No estoy seguro
¿Usa aplicaciones en su <i>smartphone</i> ?	Si	No	
Si se recomiendan nuevos aparatos auditivos, ¿está listo para utilizarlos hoy?	Si	No	Quizás

A continuación hay una lista de consideraciones adicionales acerca de los instrumentos auditivos. Por favor, seleccione los aspectos que sean más importantes para usted:

Fácil de Usar	Seguimiento médico / Mantenimiento	Comodidad	Calidad de sonido en general	Estilo y Apariencia	Costo
---------------	---------------------------------------	-----------	---------------------------------	---------------------	-------

Firma _____

Fecha _____