

Cientes nuevos**¡Bienvenido a HearUSA!**

Tómese un momento para responder estas preguntas sobre su salud auditiva. Sus comentarios son invaluable para ayudarnos a proporcionar atención auditiva personalizada.

Nombre _____ FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____

¿Por qué motivo vinieron a hacerse la prueba de audición hoy? _____

¿Quién lo acompaña en la consulta? _____

¿Se ha realizado una prueba de audición anteriormente? Sí No

¿Tiene pérdida de la audición en uno o en ambos oídos? Izquierdo Derecho Ambos No estoy seguro

¿Cuánto tiempo ha tenido pérdida de la audición? _____

¿Siente ruidos (como zumbidos) en los oídos (acúfenos)? Sí No _____

¿Tiene dolor, molestias o secreción en los oídos? Sí No _____

¿Se ha sometido a una cirugía de oído o ha tenido otros problemas médicos en los oídos? Sí No _____

¿Ha tenido mareos o problemas de equilibrio en los últimos 90 días? Sí No _____

Indique cualquier medicamento que esté usando o afección médica actual por la que recibe tratamiento:

¿Alguna vez sus familiares o amigos le dijeron que podría tener una pérdida de la audición? Sí No _____

¿Hay antecedentes de pérdida de audición en su familia? Sí No _____

¿Alguna vez ha estado expuesto a ruidos fuertes durante un período prolongado? Sí No _____

Si la respuesta es "sí", ¿dónde sucedió? _____

¿Usa audífonos actualmente? Sí No _____

Si la respuesta es sí, describa su experiencia con los audífonos actuales. Satisfecho Insatisfecho No estoy seguro

¿Tiene alguna limitación con respecto a lo siguiente?

Visión (ver pequeños elementos delante suyo) Sí No _____

Destreza (recoger pequeños elementos, entumecimiento en los dedos) Sí No _____

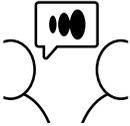
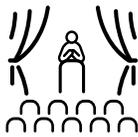
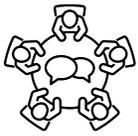
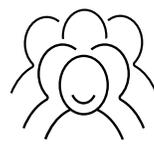
Firma

Fecha

Cuestionario sobre comunicación

Nombre _____ FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____

Marque la casilla para cada área en la que note que su acompañante tiene dificultades para escuchar. Piense en momentos cotidianos, sus pasatiempos e incluso sus recuerdos favoritos que compartieron al hacer sus selecciones.

 Conversaciones individuales	 Conversación en grupos pequeños	 TV/películas	 Música/radio	 Teléfono
 En el automóvil	 Actividades al aire libre	 Teatro/culto	 Reuniones familiares/encuentros	 Restaurantes/fiestas

¿Qué situaciones son importantes para que usted pueda escuchar mejor?:

1. _____
2. _____
3. _____

¿Con qué frecuencia se retira de las conversaciones?	Frecuentemente	De vez en cuando	Rara vez/nunca
¿Cuán a menudo se siente frustrado al intentar escuchar?	Frecuentemente	De vez en cuando	Rara vez/nunca
¿Con qué frecuencia evita los lugares porque no puede escuchar bien?	Frecuentemente	De vez en cuando	Rara vez/nunca
¿Con qué frecuencia les pide a los demás que repitan lo que dijeron?	Frecuentemente	De vez en cuando	Rara vez/nunca
Si utiliza un teléfono inteligente (celular), ¿qué tipo de teléfono usa?	iPhone	Android	No estoy seguro
¿Utiliza aplicaciones en su teléfono inteligente?	Sí	No	
Si le recomendaran audífonos nuevos, ¿está preparado para que avancen hoy en el proceso?	Sí	No	Tal vez

A continuación, se presenta una lista de aspectos adicionales con respecto a los instrumentos de audición. Marque los aspectos más importantes para usted:

Facilidad de uso	Atención de seguimiento/mantenimiento	Comodidad	Calidad general del sonido	Estilo y aspecto	Costo
------------------	---------------------------------------	-----------	----------------------------	------------------	-------

Firma

Fecha