Hear USA

Perfil de salud auditiva

Pacientes nuevos

¡Le damos la bienvenida a HearUSA!
Tómese un momento para responder estas preguntas sobre su salud auditiva. Sus comentarios son invaluables para ayudarnos a proporcionar atención auditiva personalizada.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

¿Qué lo trae a hacerse la prueba de audición hoy? _____

_____

¿Quién lo acompaña hoy? _____

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

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

¿Desde hace cuánto tiempo ha estado experimentando pérdida de la audición? _____

¿Siente ruidos (zumbidos, etc.) 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 dificultades con su equilibrio en los últimos 90 días? ☐ Sí ☐ No _____

Enumere cualquier medicamento o afección médica actual por la que recibe tratamiento hoy en día:

_____ _____ _____

_____ _____ _____

¿Le sugieren familiares o amigos que tiene una pérdida de la audición? ☐ Sí ☐ No _____

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

¿Alguna vez ha experimentado ruido alto durante un período prolongado? ☐ Sí ☐ No _____

Si la respuesta es sí, ¿dónde? _____

¿Usa actualmente audífonos? ☐ Sí ☐ No _____

Si la respuesta es sí, describa su experiencia con los audífonos actuales. ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Indeciso

¿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 _____

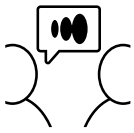
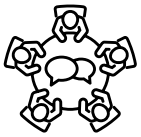
_____ _____

Firma Fecha

Cuestionario de comunicación

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Marque la casilla para cada área donde tenga dificultades auditivas. Asegúrese de considerar todos los aspectos de su estilo de vida. Si usa audífonos, responda según su experiencia con el uso.

☐  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 qué situaciones es importante para usted escuchar mejor?

1. _____

2. _____

3. _____

¿Con qué frecuencia se retira de las conversaciones? ☐ Frecuentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Rara vez/nunca

¿Cuán a menudo se siente frustrado al intentar escuchar? ☐ Frecuentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Rara vez/nunca

¿Con qué frecuencia evita los lugares porque no puede escuchar bien? ☐ Frecuentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Rara vez/nunca

¿Con qué frecuencia les pide a los demás que repitan lo que dijeron? ☐ Frecuentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Rara vez/nunca

Si utiliza un teléfono inteligente (celular), ¿qué tipo de teléfono es? ☐ iPhone ☐ Android ☐ No estoy seguro

¿Utiliza aplicaciones en su teléfono inteligente? ☐ Sí ☐ No

Si se recomiendan nuevos audífonos, ¿está listo para avanzar con esto hoy? ☐ Sí ☐ No ☐ Tal vez

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

☐ Facilidad de uso ☐ Atención de seguimiento/ Mantenimiento ☐ Comodidad ☐ Calidad general del sonido ☐ Estilo y aspecto ☐ Costo

_____ _____

Firma Fecha