



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**1. Queja principal:**

- Pérdida de audición     Oído Izquierdo     Oído Derecho
- Tinnitus/Zumbido     Oído Izquierdo     Oído Derecho
- Mareos
- Dificultad con entendimiento     Ambiente Tranquilo     Ambiente Ruidoso
- Dificultad Oyendo/Entendiendo en el teléfono     Oído Izquierdo     Oído Derecho

2. ¿Desde cuándo Ud. nota esta dificultad?     Repentino     Desde \_\_\_ meses     Desde \_\_\_ años

3. ¿Ud. tiene dolor de oído?     Sí     No    Si la respuesta es sí, ¿en qué oído?     Izquierdo     Derecho  
¿Cuándo comenzó? \_\_\_\_\_

4. ¿Siente que oye mejor con un oído que con el otro?     Sí     No  
Si la respuesta es sí, ¿cuál es mejor?     Oído Izquierdo     Oído Derecho

**5. Si Ud. ahora usa un audífono o lo ha usado en el pasado, por favor conteste las siguientes preguntas:**

- ¿En qué oído lo usa?     Oído Izquierdo     Oído Derecho
- ¿Desde cuándo usa audífono? \_\_\_\_\_
- ¿Qué mejoraría su presente audífono? \_\_\_\_\_

6. ¿En qué situación(es) tiene dificultades oyendo/entendiendo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿Este problema es debido a un accidente de trabajo u otro tipo de accidente/herida?     Sí     No  
Si su respuesta es sí, fecha de la lesión: \_\_\_\_\_  
Explique: \_\_\_\_\_

8. ¿Trabaja o ha trabajado Ud. en un entorno ruidoso?     Sí     No  
Si su respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

9. ¿Está o ha estado Ud. expuesto a ruidos muy altos recientemente o en el pasado?     Sí     No  
Si su respuesta es sí, tipo de exposición: \_\_\_\_\_

10. ¿Ha tenido alguna cirugía/tratamiento que pudo afectar su audición?     Sí     No  
Si su respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

11. ¿Ha experimentado algún golpe serio en la cabeza?     Sí     No  
Si su respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

12. ¿Ha visto alguna vez a un Dr. Otorrinolaringólogo?     Sí     No  
Nombre del Dr. \_\_\_\_\_ ¿Cuándo lo vio? \_\_\_\_\_

13. ¿Hay historia de pérdida de audición en su familia?  Sí  No

Si su respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

14. ¿Ha tenido alguna infección en los oídos?  Sí  No

Si su respuesta es sí:  De niño  De adulto Fecha de la última infección: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

15. ¿Alguna vez ha experimentado mareos, inestabilidad, falta de balance o vértigo?  Sí  No

Si contestó sí, ¿se siente mareado hoy?  Sí  No

Por favor, describa: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia le ocurre?: \_\_\_\_\_

Si contestó sí, es acompañado con:

- Náusea  Sonidos en los oídos  Pérdida de audición  Perturbación visual  Otro

16. ¿Se ha caído durante los últimos 12 meses?  Sí  No

Si su respuesta es sí, ¿cuántas caídas ha tenido en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_

Si se ha caído, ¿se ha hecho algún daño?  Sí  No

Por favor, describa sus daños: \_\_\_\_\_

17. ¿Tiene alergia al Látex?  Sí  No ¿Tiene alguna otra alergia?  Sí  No

Especifique: \_\_\_\_\_

18. ¿Usa productos de tabaco?  Sí  No

19. ¿Toma medicinas de prescripción o vitaminas diariamente? Por favor, nómbrelas:

a) \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Dosificación: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Dosificación: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Dosificación: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

d) \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Dosificación: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

20. Por favor, marque cualquier padecimiento que tenga o haya tenido en el pasado:

- |  |  |   |                                       |
|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Artritis  | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> Parálisis Facial       | <input type="checkbox"/> Sarampión    |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina  | <input type="checkbox"/> Parkinson's            | <input type="checkbox"/> Sinusitis    |
| <input type="checkbox"/> Cáncer  | <input type="checkbox"/> Hepatitis           | <input type="checkbox"/> Presión Alta/Baja      | <input type="checkbox"/> VIH          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Lesión Craneal      | <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos    | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral/<br>Ataques Isquémicos<br>Transitorios | <input type="checkbox"/> Malaria             | <input type="checkbox"/> Problemas Neurológicos | _____                                 |
|  | <input type="checkbox"/> Meningitis          | <input type="checkbox"/> Problemas Vasculares   | _____                                 |
|  | <input type="checkbox"/> Paperas             | <input type="checkbox"/> Problemas de Visión    | _____                                 |

21. ¿Con qué pregunta(s) o problema(s) podemos ayudarle a Ud. hoy? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sólo para uso de Oficina: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_