

JMU Audiology Clinic
235 Martin Luther King Jr. Way, MSC 4304
Harrisonburg, Virginia 22807
Teléfono: 540-568-6491
Fax: 540-568-5757

HISTORIAL DE CASOS AUDIOLÓGICOS EN ADULTOS

Diligencie este formulario con la mayor precisión posible y devuélvalo en el sobre adjunto. La información que nos facilite nos permitirá tener una mejor comprensión de sus inquietudes y agilizará el curso de la evaluación del habla/audición y las entrevistas. Todo el material y la información se mantienen en estricta confidencialidad. Tras la recepción del formulario debidamente diligenciado, se programará una evaluación.

Fecha: _____ N.º de placa (para el pase de estacionamiento) _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad _____

Pronombres preferidos (marque con un círculo): ella/su él/su ellos/sus Otros _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico (letra de imprenta) _____

Empleo: _____

Afiliación a la Universidad James Madison (James Madison University, JMU) _____

Remitido por: _____

Motivo de la consulta de hoy: _____

¿Cuál es su mayor preocupación con respecto a su audición? _____

¿Está pensando en utilizar aparatos auditivos? SÍ NO

HISTORIAL MÉDICO

¿Cuándo notó por primera vez su pérdida de audición? _____

¿La aparición fue gradual o repentina? _____

¿Su pérdida de audición se ha mantenido estable o ha progresado o mejorado? _____

¿Su pérdida de audición es en uno o en ambos oídos? _____ Si es en uno, ¿en cuál? _____

¿Ha tenido alguna vez infecciones de oído? SÍ NO ¿Cuándo? _____

¿Se ha operado alguna vez de las orejas? SÍ NO ¿Qué oreja? ¿DERECHA IZQUIERDA?
¿Cuándo? _____

¿Tiene actualmente algún dolor de oído o secreción? SÍ NO

¿Ahora o alguna vez ha experimentado mareos? SÍ NO ¿Cuándo? _____

¿Tiene ruidos en los oídos? SÍ NO

Describe: _____

¿Ha tenido alguna vez un traumatismo craneal? SÍ NO

¿Alguna otra lesión importante? SÍ NO Describe: _____

¿Qué medicamentos está tomando actualmente? (Puede indicarlos en el reverso de esta página, si es necesario) _____

¿Está estresado(a)? SÍ NO

¿Ha tenido algo de lo siguiente? (Marque con un círculo las opciones que correspondan)

Infección grave Diabetes Accidente cerebrovascular/AIT Meningitis Rubéola

Fiebre alta Paperas Sífilis Fiebre escarlata Artritis Quimioterapia

¿Hay antecedentes familiares de pérdida de audición? SÍ NO

INFORMACIÓN SOBRE LA PÉRDIDA DE AUDICIÓN

¿Se ha hecho alguna vez una prueba de audición? SÍ NO En caso afirmativo, traiga los resultados si es posible.

¿Alguna vez ha estado expuesto(a) a sonidos fuertes? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo y de qué tipo? _____

¿Tiene dificultades para entender en situaciones ruidosas? SÍ NO

Marque con un círculo todas las opciones que correspondan: Tengo dificultades para oír...

Teléfono Televisión Voces de los niños Voces de mujeres

Voces de hombres Iglesia Reuniones Restaurantes Trabajo

¿Cómo compensa su pérdida de audición? _____

¿Usa actualmente aparatos auditivos? SÍ NO

¿Cuál es la marca? _____ ¿Modelo? _____

¿Está satisfecho(a) con los beneficios que recibe de su actual amplificación? SÍ NO

¿Utiliza algún dispositivo de asistencia? (Amplificador telefónico, etc.) SÍ NO