



Miembro de la Academia Estadounidense de Audiología - Junta Certificada en Audiología –  
Presidente anterior de la Academia de Audiología de Texas

**Family Hearing & Sensory Neural Center**  
**Historia del paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_

Médico que lo refiere: \_\_\_\_\_ Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

¿Desea que se le envíe un informe a su médico de cabecera? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿Cuál es la razón de su visita el día de hoy? \_\_\_\_\_

**Historia médica / audiológica:**

¿Padece alguna deficiencia auditiva?

\_\_\_\_ Ninguna \_\_\_\_ Leve \_\_\_\_ Moderada \_\_\_\_ Severa \_\_\_\_ Sordera

Inicio de la pérdida de la audición: \_\_\_\_ Gradual \_\_\_\_ Repentino \_\_\_\_ De rápida progresión

¿Posee alguna dificultad para entender una conversación? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿Puede ubicar un sonido? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Historial de exposición a ruidos: \_\_\_\_ Disparos, \_\_\_\_ Industrias, \_\_\_\_ Maquinaria agrícola,  
\_\_\_\_ Militar, \_\_\_\_ Aviación, \_\_\_\_ Herramientas eléctricas, \_\_\_\_ Otros, por favor especifique  
\_\_\_\_\_

Prescripción actual: \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones / cirugías recientes: \_\_\_\_\_

Historial de enfermedad(es) en la infancia: \_\_\_\_\_

Historial de enfermedades del oído: \_\_\_\_\_

Historial familiar de pérdida de la audición: \_\_\_\_\_

Historial de traumatismos en la cabeza: \_\_\_\_\_

**Dificultades de desarrollo: (por favor marque si es el caso del paciente)**

\_\_ Habilidades motoras (gatear, caminar, coordinar)      \_\_ Anormalidades en oídos y/o boca,

\_\_ Retraso o desorden del habla      \_\_ Retraso o desorden del lenguaje

\_\_ Falta o respuesta cuestionable a sonidos

¿Sufre Ud. de \_\_\_\_ mareos, \_\_ vértigo, \_\_ pérdida del equilibrio y/o \_\_\_\_ náuseas o vómitos?

Si marcó una o todas las opciones anteriores, por favor describa cuándo sucede, cuánto dura y con  
cuánta frecuencia. \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido una infección al oído durante los últimos 90 días? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿Le han drenado los oídos durante los últimos 90 días? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No



Miembro de la Academia Estadounidense de Audiología - Junta Certificada en Audiología –  
Presidente anterior de la Academia de Audiología de Texas

¿Sufre Ud. de algún tipo de tinnitus? (ruido en el oído como campaneo, zumbido, siseo)

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿En cuál oído? ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿Con cuánta frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto dura? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha utilizado un aparato para la audición? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí En caso afirmativo,  
indique el tipo, marca y año

Chequeo de sistemas (indique cualquier problema médico relacionado con cada una de las siguientes categorías):

**OÍDOS:** \_\_ningún problema \_\_disminución de la capacidad auditiva \_\_fluido

\_\_desequilibrio/mareos \_\_infecciones \_\_acumulación de cerumen \_\_otros

**NARIZ:** \_\_ ningún problema \_\_alergia \_\_respiración obstaculizada

\_\_infecciones/sinusitis \_\_hemorragia nasal \_\_otros

**BOCA:** \_\_ ningún problema \_\_respiración por la boca \_\_engrandecimiento de amígdala y adenoide

\_\_amigdalitis \_\_ otros

**GARGANTA:** \_\_ ningún problema \_\_dificultad para tragar \_\_ronquera \_\_ otros

**CUELLO:** \_\_ ningún problema \_\_ganglios engrandecidos/sensibles \_\_ otros

**OJOS:** \_\_ ningún problema \_\_visión borrosa o doble \_\_cataratas \_\_glaucoma \_\_ otros

**CORAZÓN:** \_\_ ningún problema \_\_paro cardíaco/cirugía cardíaca \_\_presión sanguínea alta

\_\_ otros

**PULMONES:** \_\_ ningún problema \_\_asma/jadeo \_\_enfisema \_\_tuberculosis \_\_ otros

**ENDOCRINO/HORMONAS:** \_\_ ningún problema \_\_diabetes \_\_ otros

**MÚSCULOS Y ARTICULACIONES:** \_\_ ningún problema \_\_artritis \_\_ otros

**PIEL:** \_\_ ningún problema \_\_ otros

**NEUROLÓGICO:** \_\_ ningún problema \_\_ retraso de desarrollo \_\_adormecimiento/debilidad

\_\_apoplejías \_\_ otros

**SANGRE Y SISTEMA LINFÁTICO:** \_\_ ningún problema \_\_anemia \_\_desorden de sangrado

\_\_hepatitis \_\_colesterol alto \_\_desorden inmunológico/VIH \_\_leucemia \_\_ otros