



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 adenoides

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 cardiaca 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