



# HISTORIA CLÍNICA DE ADULTOS DE AUDIOLOGÍA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿Cuál es su razón principal para haber venido hoy?  
\_\_\_\_\_
2. ¿Si sospecha que tiene una pérdida de audición, ¿desde cuándo ha notado este problema?  
\_\_\_\_\_
3. ¿Cuál cree que es la causa de su pérdida de audición?  
\_\_\_\_\_
4. ¿El comienzo fue gradual o repentino?  
\_\_\_\_\_
5. ¿En qué oído oye mejor?  Derecho  Izquierdo  Igual en ambos
6. ¿Su audición es mejor unos días que en otros?  Sí  No
7. ¿Ha estado expuesto alguna vez a ruido laboral o recreativo?  
(p. ej.: *militar, música, disparos*)  Sí  No  
En caso afirmativo, descríballo:  
\_\_\_\_\_
8. ¿Alguien de su familia tiene pérdida de audición?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿quién?  
\_\_\_\_\_
9. ¿Se ha sometido alguna vez a una prueba de audición?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿cuándo?  
\_\_\_\_\_
10. ¿Qué resultados se obtuvieron?  
\_\_\_\_\_
11. ¿Ha consultado a un doctor por su audición?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde?  
\_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN MÉDICA

1. ¿En los últimos 90 días, ¿ha tenido dolores de oído o le han drenado los oídos?  Sí  No
2. ¿Se ha sometido alguna vez a tratamiento médico/quirúrgico de los oídos?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿a qué edad?
- 

3. ¿Ha tenido alguna vez mareos, problemas de equilibrio o caídas?  Sí  No
4. ¿Nota acúfenos (es decir, pitidos, zumbidos o rugidos) en los oídos?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿en qué oído?  Derecho  Izquierdo  Igual en ambos  
¿Con qué frecuencia?
- 

5. ¿Es desagradable?  Sí  No  
Por favor, describe el sonido que oye:
- 

6. Por favor, indique los medicamentos (incluidos los de venta libre) que está tomando actualmente o ha tomado recientemente:
- 

7. En este momento, ¿tiene alguna herida abierta, drenaje o estás sangrando?  Sí  No

8. Fuma:  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes al día y desde hace cuántos años?
- 

¿Ha tenido alguna vez alguna de las siguientes enfermedades?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis                              | <input type="checkbox"/> Alergias           | <input type="checkbox"/> Parálisis de Bell  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo/tratamiento): _____      |   |   |
| <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral/Fractura de cráneo | <input type="checkbox"/> Demencia/Alzheimer | <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Diabetes tipo I                       | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo II   | <input type="checkbox"/> Hepatitis          |
| <input type="checkbox"/> Fiebres altas                         | <input type="checkbox"/> VIH                | <input type="checkbox"/> Sarampión          |
| <input type="checkbox"/> Meningitis                            | <input type="checkbox"/> Paperas            | <input type="checkbox"/> Marcapasos         |
| <input type="checkbox"/> Parkinson                             | <input type="checkbox"/> Convulsiones       | <input type="checkbox"/> Apoplejía/AIT      |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis                          |   | <input type="checkbox"/> Problema de visión |

## HISTORIAL AUDITIVO

¿Tiene dificultades para oír/entender durante alguna de las siguientes actividades?

- |   |                                   |                                       |                                    |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Viendo la televisión | <input type="checkbox"/> Teléfono | <input type="checkbox"/> Restaurantes | <input type="checkbox"/> Películas |
| <input type="checkbox"/> Reuniones            | <input type="checkbox"/> Misa     |                                       |                                    |

Tiene problemas para escuchar el:

- |  |   |   |                                 |
|--|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Timbre del teléfono | <input type="checkbox"/> Detector de incendios/humo | <input type="checkbox"/> Timbre de puerta | <input type="checkbox"/> Sirena |
| <input type="checkbox"/> Reloj despertador   | <input type="checkbox"/> Llanto de bebé             |   |                                 |

Indique las tres áreas en las que tiene más dificultad para oír o entender:

---

---

---

¿Con qué oído habla por teléfono?

Derecho  Izquierdo

¿Es usted zurdo o diestro?

Derecho  Izquierdo

¿Hay alguna otra información relacionada con su audición que considere importante que conozca el audiólogo?

---

## HISTORIAL AUDITIVO

1. ¿Ha utilizado alguna vez un aparato auditivo?

Sí  No

2. ¿Usa un aparato auditivo en la actualidad?

Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿desde cuándo utiliza un aparato auditivo?

---

3. ¿En qué oído utiliza el aparato auditivo?

Derecho  Izquierdo

4. ¿Lo lleva con regularidad?

Sí  No

5. ¿Siente que su uso le está beneficiando?

Sí  No

6. Indique cualquier problema que tenga con el aparato auditivo:

---

7. ¿Qué mejoraría su aparato auditivo actual?

---

¿A quién le debemos agradecer por el referido a Columbus Speech & Hearing?

Médico de cabecera

Familiar/amigo

Senior Options

Otra persona \_\_\_\_\_

---