

Informe de salud auditiva

Información confidencial del paciente

1- Información del/de la paciente

Nombre: _____ Fecha: _____
Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfonos: Casa _____ Celular: _____ Email: _____
Estado civil: Soltero Casado(a) Viudo(a) Nombre del Esposo(a) _____
Género: _____ Ocupación: _____
Compañía **primaria** de seguro: _____ A nombre de: _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____ # de póliza: _____ # de grupo: _____
Compañía **secundaria** de seguro: _____ A nombre de: _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____ # de póliza: _____ # de grupo: _____
Cómo supo de nosotros?: Por un paciente Aviso de prensa Información correo
Evento comunitario Referencia de médico Website Otro

2- Historia Médica

Ha consultado a un(a) especialista en enfermedades del oído? Sí No
Nombre del médico(a) y fecha vista: _____
Nombre del médico(a) primario(a) o quien lo(a) refirió _____
Permiso para liberar información de la prueba al médico Sí No
Alguna vez tuvo cirugía del oído? Sí No Cirujano(a) _____
Alguna vez se realizó alguna prueba de audición? Sí No Audiólogo(a) _____
¿Hay diabetes en tu familia? Sí No
Mencione las medicinas que toma diariamente? _____
Está tomando anticoagulantes? Sí No Tiene colocado un marcapaso cardíaco? Sí No

3- Acerca de su audición

Sí	No	Ha sufrido deformidad en el oído?	Sí	No	Ha consultado a un médico para remover cera en el oído?
Sí	No	Ha sentido dolor en los oídos?	Sí	No	Algún drenaje del oído en los últimos 90 días?
Sí	No	Repentina o rápida pérdida de audición en los pasado 90 días?	En cual oído escucha menos?		
Sí	No	Mareo repentino o prolongado	Izq.	Der	Ambos
Sí	No	Pérdida auditiva en un oído en los últimos 90 días?			

Alguien más en su familia tiene problemas auditivos? Sí No Quién? _____
En cuál ambiente su problema auditivo lo ocasiona más problemas? _____

4- Acerca de su audición

Tengo un audífono y lo uso regularmente en mí:
Oído derecho Oído izquierdo
Tengo un audífono, pero no lo uso o lo uso ocasionalmente.
Tuve un audífono, pero lo devolví

He preguntado acerca de audífonos en otra(s) oficina(s), pero en ese momento no lo compré.

Yo nunca utilicé audífono.

5- Evaluación de las necesidades de audición

Marque "1" ante de lo que es más importante para usted en la compra de un audífono.
Ahora marque "2" antes de la segunda cosa más importante para usted al comprar un audífono.
Ahora marque "3" antes de la tercera cosa más importante para usted al comprar un audífono.
Finalmente marque "4" antes de la cosa menos importante para usted al comprar un audífono.
(Recuerde utilizar los números 1, 2,3 y 4)

Aquí se anotan sus preferencias:

Calidad y claridad del sonido

Durabilidad / Confiabilidad

Costo

Aspecto

6- Motivación **Qué lo motivó a venir hoy?**

7-Escala de motivación

En una escala de 1-10 en cuál área usted siente que está (psicológicamente, emocionalmente, financieramente, etc.) ubicado para hacer algo acerca de su pérdida de audición? (favor colocar una marca)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

No motivado

Medio

Muy motivado

8-Autocuestionario

Favor contestar "Sí", "No" o "A veces" a cada uno de los siguientes puntos. No deje de contestar una pregunta a causa de un **problema auditivo**. Si usted utiliza un(os) audífono(s), favor contestar en la forma como usted escucha sin el(los) audífono(s).

Sí No A veces

1. Le hace sentir frustrado cuando está visitando amigos, familiares o vecinos?
2. Le ocasiona que se sienta incómodo cuando conoce a nuevas personas?
3. Tiene dificultad de **oír/escuchar** cuando alguien habla en voz baja o habla desde lejos?
4. Asiste menos a eventos sociales o religiosos?
5. Le causa fatiga al final del día?
6. Le causa dificultad cuando escucha radio o ve televisión?
7. Tiene dificultad en entender en un restaurante cuando está con parientes y/o amigos?
8. Le causa discusiones con parientes?

9-Autorización y entrega de HIPAA

Marcando este cuadro y firmando abajo usted autoriza a Hearing Doctors a revelar toda información médica a su(s) compañía(s) de seguro de salud. Usted también conviene en aceptar responsabilidad financiera de todos los cargos de no están cubiertos y no les son pagados a Hearing Doctors por su compañía(s) de seguro de salud por servicios prestados por nuestra oficina. Esta autorización es válida de por vida, pero puede ser revocada por escrito en cualquier momento. Rehusar firmar o revocar esta autorización resultaría en hacerlo responsable del pago en su totalidad al momento de la visita.

Firma del paciente o guardián _____ Fecha _____