

Dra. Ana Anzola Dra. Julie Boiano Dra. Linda Himler Dra. Wendy Thorne

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
 Teléfono _____ E-mail _____
 Ocupación _____ Pasada Presente
 Compañía de seguro _____ I.D. No./Policy No. _____
 Estado Marital Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Nombre de Esposo (a) _____
 Médico Familiar _____
 Permiso para entregar copia del test al médico? Sí No

Cómo supo de nosotros? Correo Teléfono Revista Periódico Televisión Web Médico Referencia _____

Historia de Salud Auditiva

Sufre de alergias? Sí No Nombrélas _____

 Está tomando medicinas? Sí No Cuáles? _____

 Sufre de artritis? Sí No
 Sufre de ruidos o zumbido en su(s) oído(s)? Sí No En cuál oído? _____
 Ha tenido un examen de audición previo? Sí No Quién lo hizo? _____ Fecha? _____
 Ha recibido tratamiento medicó ó quirúrgico de oído por pérdida de audición? Sí No

Historia de Audífonos

Actualmente está utilizando audífonos? Sí No Tipo y Modelo _____ En cuál oído?: Ambos Izquierdo Derecho
 Si pudiera mejorar la calidad de su audición o sistemas de amplificación, cuál sería? _____

Evaluación de Comunicación

Quién le convenció de consultar a un profesional de audición? _____
 Qué le han dicho o notado otros acerca de su audición/comprensión o capacidad de comunicación? _____

 Qué ha notado usted acerca de su capacidad de audición/comprensión? _____

 Qué le preocupa a usted acerca de su audición/comprensión y dificultades de comunicación? _____

 Haga un listado en orden de importancia de las situaciones de ambiente y audición donde la comunicación es difícil para usted _____

Escala de Motivación

En una escala de 1-10, donde siente que desde un punto de vista psicológico, emocional, financiero, etc., usted debe hacer algo acerca de la pérdida de su audición? (Favor colocar un circulo en un numero)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poco Motivado (a) Muy Motivado (a)