

# Adult Audiology History

## Historial de Audiología

Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Age (Edad): \_\_\_\_\_

What is your reason for today's visit? (¿Qué es su razón para la visita actual?) \_\_\_\_\_

### Medical/Audiologic History

Historia Médica/Audiológica

How is your general health? (¿Cómo es su salud general?) \_\_\_\_\_

Present medications? (¿Las medicinas presentes?) \_\_\_\_\_

If you answer yes to any of the following questions, please describe when it began, the duration, how often it occurs and whether it is accompanied by nausea or vomiting? (¿Si usted contesta sí a cualquiera de las preguntas siguientes, describe por favor cuando empezó, la duración, cómo, a menudo ocurre y si está acompañado de la náusea o vomito?) \_\_\_\_\_

History of diabetes? (¿Historia de su diabetes?) \_\_\_\_\_

Have you ever had stroke, cancer, or thyroid problems? (¿Ha tenido usted un páro cardíaco, cáncer, o problemas de tiroides?) \_\_\_\_\_

Recent hospitalizations/surgeries? (¿Hospitalizaciones, cirugías recientes?) \_\_\_\_\_

History of ear disease? (¿Historia de enfermedad de oído?) \_\_\_\_\_

Family history of hearing loss? (¿Alguien en su familia de pérdida de vista?) \_\_\_\_\_

History of trauma to the head? (¿Historial de trauma en su cabeza? (dolor, golpes, etc.) \_\_\_\_\_

Do you have dizziness, vertigo, or a loss of balance? (¿Tiene usted un mareo, vértigo, o pérdida del equilibrio?) \_\_\_\_\_

Do you have tinnitus? (ringing, buzzing, or hissing) (¿Tiene usted zumbido? (llamando, zumbido, o para silbar?) \_\_\_\_\_ Which ear? (¿Cuál oreja?) \_\_\_\_\_ Since? (¿Desde cuando?) \_\_\_\_\_

How frequent? (¿Cómo Frecuente?) \_\_\_\_\_ What duration? (¿Qué duración?) \_\_\_\_\_

History of exposure to noise? (¿Historial de la exposición de ruido?) \_\_\_\_\_

Have you ever worn a hearing aid? (yrs) (¿Ha usado usted un audífono? (¿años?) \_\_\_\_\_

Have you ever had Ear Tubes or Ear Surgery? (¿Ha tenido usted tubos en el oído o cirugía de oído?) \_\_\_\_\_

### Hearing Difficulty Questionnaire?

(¿El Cuestionario de la Dificultad de la vista?)

Listening Situations (Escuchando en Situaciones)	Hearing Quality (Calidad de escuchar)					Importance to You (Importancia para Usted)		
	Poor (Pobre)		Normal (normal)			Not (no)	Somewhat (Algo)	Very (Mucho)
	1	2	3	4	5	1	2	3
Quiet (one on one conversation) (Callado (en una conversación)	1	2	3	4	5	1	2	3
Television (Televisión)	1	2	3	4	5	1	2	3
Leisure Activities (Pasatiempos)	1	2	3	4	5	1	2	3
Restaurants (Restaurantes)	1	2	3	4	5	1	2	3
Church (Iglesia)	1	2	3	4	5	1	2	3
Meetings/Groups (Reuniones/agrupa)	1	2	3	4	5	1	2	3
Work Place (Lugar de trabajo)	1	2	3	4	5	1	2	3
Telephone (Teléfono)	1	2	3	4	5	1	2	3
Car (Coche)	1	2	3	4	5	1	2	3
Male Voice (Voz masculina)	1	2	3	4	5	1	2	3
Female Voice (Voz femenina)	1	2	3	4	5	1	2	3
Child's Voice (Voz de niño(a))	1	2	3	4	5	1	2	3
Other (Otro): _____	1	2	3	4	5	1	2	3

Patient's Signature: \_\_\_\_\_  
(Firma De Paciente)

Date: \_\_\_\_\_  
(Fecha)