

Entrevista De Oido Del Paciente

Nombre del Paciente _____

Fecha _____

Nombre de Acompañante _____

1. Quien lo animo a visitar nuestra clinica hoy? _____
2. Que es el motivo de su visita hoy? _____
3. Que es lo que a notado de su oido y habilidad de comunicacion? _____
4. Cuanto tiempo a notado que tiene dificultades? _____
5. Que han notado otras personas de su habilidad de oido o comunicacion? _____
6. Alguna vez le han hecho una prueba de oido? Quien y cuando _____ Date: _____
7. Por favor senale las siguientes condiciones que sienta o tenga o haga comentarios que usted crea que le puedan ayudar a la Audiologa con su tratamiento.

Si

No

Le an recetado aparatos para oir o tiene aparatos? _____

Dolor o incomodidad en los oidos _____

Ruido en los oidos _____

Historia en la familia de perdida de oido _____

Mareos o problemas de balance _____

Expuesto a ruidos fuertes _____

Sirugia o problemas medicos con los oidos (desecho) _____

Perdida de oido repentina en los ultimos 90 dias? _____

8. Que medicamento toma? _____

9. Tiene alguna condicion medica de la cual deberiamos saber? _____

10. Quien es su Doctor de cabecera? _____

11. Como se dio cuenta de Sound Solutions? Periodico Internet Referio su Doctor

Amigo o Miembro Familiar Other _____