

HISTORIA MÉDICO PARA ADULTOS

Nombre: _____ **Edad:** _____

Rellene este formulario para lo mejor de su capacidad para que el audiólogo comprenderá mejor su salud y preocupaciones. Si estás incómodo con cualquier pregunta, por favor no responder. Gracias.

MOTIVO DE VISITA: _____

HISTORIA OTOLÓGICOS:

Por favor, círculo "Sí" si alguna vez ha experimentado cualquiera de los siguientes síntomas. En caso afirmativo, por favor describir en el espacio proporcionado.

N	S	¿Se nunca han oficialmente diagnosticado con pérdida de la audición? ¿Si es así, cuando?
N	S	¿Está experimentando cambios o audición de dificultad (eco, débil, sordo, etc.)? Por favor describir:
N	S	¿Anillamiento, zumbido, silbido o ruidos en los oídos? ¿En caso afirmativo, cuándo inició? Por favor describir:
N	S	¿Problemas de vértigo o equilibrio? ¿En caso afirmativo, cuándo inició? Por favor describir:
N	S	¿Plenitud, dolor o presión en tus oídos? ¿En caso afirmativo, cuándo inició? Por favor describir:
N	S	¿Infecciones del oído? Si es así, ¿cuándo fue la última infección?
N	S	¿Drenaje de sus oídos? ¿En caso afirmativo, cuándo inició?
N	S	¿Cirugía de oído (incluyendo tubos)? ¿Si es así, cuando? Por favor describir:
N	S	¿Exposición al ruido en cualquier entorno (trabajo, militares, música, caza, etc.)? Por favor describir:
N	S	¿Usas audífonos? ¿En caso afirmativo, cuándo comenzaste?

HISTORIA DE FAMILIA:

Por favor, haga un círculo en "No" o "Sí" a la pregunta a continuación. Si "Sí", favor describir en el espacio proporcionado.

N	S	¿Tienes familiares de cualquier edad con pérdida de la audición? Por favor describir:
---	---	----------------------------------------------------------------------------------------------

HISTORIA DE SALUD:

Por favor, círculo "Sí" Si usted ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones. Si "Sí", sírvanse describir en el espacio proporcionado.

N	S	¿Enfermedad autoinmune? Por favor describir:
N	S	¿Cáncer? Tipo: Tratamiento:
N	S	¿Diabetes? Tipo: Tratamiento:
N	S	¿Enfermedad del corazón? Tipo: Tratamiento:
N	S	¿Dano de cabeza y el cuello? Por favor describir:
N	S	¿Hipertensión o presión arterial alta?
N	S	¿Enfermedad de los riñones? Tratamiento:
N	S	¿Migraña y dolor de cabeza? Tratamiento:
N	S	¿Embolio? Cuándo: Lado afectado:

GENERAL de salud: Excelente Bueno Razonable Malo

ENFERMEDADES, CIRUGÍAS, etc. (mes/año): _____

ALERGIAS (drogas, medio ambientales, alimentos): _____

Medicamentos: Escribe los medicamentos con receta y sin receta que actualmente están tomando y describir brevemente lo que se toman o nos proporcionan una lista.

_____ / _____

_____ / _____

_____ / _____

HISTORIA DE SALUD:

Por favor, haga un círculo en "No" o "Sí" a las siguientes preguntas. Si "Sí", favor de describir.

N	S	¿Toma cafeína? Si es así, _____ tazas por día
N	S	¿Utilizas tabaco? Si es así, _____ paquetes por día
N	S	¿Utiliza alcohol? Si es así, _____ bebidas al día
N	S	¿Usted sufre de la falta de sueño?
N	S	¿Sufres de estrés o ansiedad?