

Formulario de Historial de Pacientes Audiométrico

Fecha: _____ SS#: _____

Nombre: _____, _____, _____
 (ULTIMO) (PRIMERO) (IM)

Fecha de Nacimiento: _____ Femenina Masculino

Cambio de Hora: _____ AM/PM Fecha de Contratación: _____

Compañía: _____

Departamento: _____ Título del Trabajo: _____

NÚMERO DE CÍRCULO SÓLO SI ALGUNA VEZ SE HA APLICADO A USTED Y SI ES ASÍ, MARQUE LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES

Círculo de los artículos 10 – 18 sólo si se ha aplicado a usted en los *últimos 12 meses*.
 Círculo artículos 19 – 39 si alguna vez se ha aplicado a usted en su vida.

Izquierda	Derecha	Ambos		Izquierda	Derecha	Ambos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Dolor de Oído				25. Fiebre Escarlata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Oreja Drenante				26. Sarampion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Mareos/Desequilibrio				27. Meningitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Anillo Severo				28. Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Perdida Subita de la Audicion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Enfermedad Renal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Perdida Fluctuante				30. Objeto de Cera Visible
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Plenitud/Incomodidad				31. Alergias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Problema de HPD/Ear				32. Perdida Auditiva Familiar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Prescripcion o sobre el contra las drogas				33. Alto Ruido Previo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Presion Arterial Alta				34. Sin HPD Antes de la Prueba
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Doctor Visto para Los Oidos				35. Cabeza Fria Hoy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Cirguia del Oído				36. Servicio Militar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Inconsciencia				37. Aficiones Ruidosas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Use Audifonos				38. Musica Alta/Auriculares
			24. Paperas				39. Armas de Fuego/Armas

Cualquier comentario adicional: _____

¿Usa protección auditiva? Si No En caso afirmativo, ¿usa: Tapones para Los Oidos Muffs de Oreja Ambos

¿Cómo valora su audición?: Muy Pobre Pobre Medio Bueno Muy Bueno

USO DEL TÉCNICO SOLAMENTE

Izquierda							Derecha						
500	1K	2K	3K	4K	6K	8K	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
ID de Técnico: _____							ID del Audiómetro: _____						
Fecha de Calibración: _____							Tecnología de Calibración: _____						
Hora de la Prueba: _____							Fecha: _____						
Notas del Técnico: _____													