A ADVANCED
AUDIOLOGY INSTITUTE

7660 W Cheyenne Ave Suite 114
Las Vegas Nevada 89129
t 702.853.7986 f 702.880.1511

Nombre: _____ Edad: _____ Date:____/____/_____
Primer nombre inicial apellido mes día año

Es su primer examen del oído: ○ YES ○ NO
¿Si no es su primer examen, cuando fue su ultimo examen? _____
¿Con cual doctor?: _____
¿Cuales fueron las recomendaciones?: _____

¿Hace cuanto tiempo noto una declinación en su audiencia?
○ Recientemente ○ 1 a 3 años ○ 4 a 6 años ○ 7 a 10 años ○ más de 10 años

¿Ha usado instrumentos de asistencia para oír poder mejor? ○ YES ○ NO
¿En cual oído oye peor? ○ Derecho ○ Izquierdo ○ Igual
¿Con cual oído usa el teléfono? ○ Derecho ○ Izquierdo ○ Igual

	YES	NO
¿Tiene frecuente mareos o desbalance?	○	○
¿Esta sintiendo algún tipo de drenaje de los oídos?	○	○
¿Tiene dolor en los oídos?	○	○
¿Su familia tiene pasado de la pérdida de la audición?	○	○
¿Tiene usted una sensación de plenitud en el oído?	○	○
¿Tiene un pasado de infecciones?	○	○
¿Tiene usted pasado en acumulación de cera en los oídos?	○	○
¿Ha estado alrededor de excesivo ruido?	○	○
¿Ha sido parte del militar?	○	○
¿Tiene pasado de usar armas de fuego?	○	○
¿Tiene algún tipo de alergias?	○	○
¿Tiene Tinnitus (sonido en el oído)?	○	○

La razón por la cual usted nos esta visitado?
_____
¿Alergias a medicaciones, comida, plásticos?
Medicaciones que esta tomando: _____
¿Ha tenido cirugías en el oído? ○ Si ○ No En cual oído? ○ Derecho ○ izquierdo
Tipo de cirugía: _____
Cirugías en general que ha tenido: _____
Enfermedades: _____

Tiene diabetes? ○ Si ○ No