



Nombre/Name \_\_\_\_\_ Fecha/date \_\_\_\_\_  
 Edad/Age \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento/DOB \_\_\_\_\_  
 Dirección/Address \_\_\_\_\_  
 Municipio-Comisaría/town \_\_\_\_\_ Telefono/Phone \_\_\_\_\_  
 Servicio Medico IMSS ISSSTE SEG. POPULAR OTRO \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Historia Medica(Health History)**

Meningitis | Sordera familiar/Family Hearing Loss  
 Convulsion febril/ Febrile Seizures | Trauma Cranial/Head Trauma  
 Prematures/Premature Birth | Rubeola Prenatal/Maternal Rubella  
 Paperas/Mumps | Complicaciones/Maternal complications  
 Sarampion/Measles | ¿Cuáles? /Which \_\_\_\_\_  
 Rubeola/Rubella | Meses de gestacion /Mo. Gestation \_\_\_\_\_  
 Le han hecho antes una prueba audiológica SI  ¿Cual? \_\_\_\_\_  
 has tenido infecciones en los últimos 3 meses:  SI Cual? \_\_\_\_\_  
 Tomaste antibioticos (cual (es) \_\_\_\_\_  
 Existen es su familia miembros con sordera. \_\_\_\_\_ Cuantos \_\_\_\_\_ quienes \_\_\_\_\_  
 has estado ingresado en un hospital ó clínica cual fue el motivo de ingreso \_\_\_\_\_  
 has tenido fibre alta  SI  NO has tenido ataques o convulsiones?  SI  
 has tenido Gripas o Catarros frecuentes Infecciones en el oido Sinusitis Cada cuanto tiempo \_\_\_\_\_  
 Ha recibido algun golpe fuerte en la cabeza o ha tenido alguna fractura del cráneo \_\_\_\_\_  SI  
 Cómo sucedió? \_\_\_\_\_  
 tomaste algún medicamento Cual? \_\_\_\_\_

**Historia de Audiología/Audiological History**

Sordera/Hearing Loss	Tinnitus/Noise	Exposicion a Ruido(Noise Exposure)	Dolor/Pain
<input type="checkbox"/> Derecha/Right	<input type="checkbox"/> Derecha/Right	<input type="checkbox"/> Derecha/Right	<input type="checkbox"/> Der./Right
<input type="checkbox"/> Izquierda/Left	<input type="checkbox"/> Izquierda/Left	<input type="checkbox"/> Izquierda/Left	<input type="checkbox"/> Izq ./Left
Desde cuando? _____			Quando? _____

**Habitos y percepciones de escucha de escucha / Habits and Perceptions of Listening**

¿Cómo te transportas normalmente?  camion  coche  Motocicle  Otro/ especifique \_\_\_\_\_  
 ¿Usas celular? ¿Cuánto tiempo \_\_\_\_\_ Escuchas musica en él?  SI  
 ¿A que volumen?  bajo  medio  alto Cuantas horas al dia? \_\_\_\_\_  
 ¿realizas actividades con la TV o radio encendida? ¿A que volumen?  bajo  medio  
 Con que frecuencia vas al cine?  semanal  quincenal  mensual  otro/especifique \_\_\_\_\_  
 Cómo consideras tu audición  buena  Regular  mala  
 En tu vida diaria; percibes que el ruido es molesto?... En que?  comunicación?  concentración?

**El no oír bien o su problema auditivo :**

le hace sentir frustrado(a) o confundido(a) cuando está hablando con miembros de su familia?  
 Tiene dificultad para oír cuando alguien habla en voz baja?  
 ¿Se siente en desventaja física a causa de su problema auditivo?  
 no le permite asistir tan seguido como quisiera a servicios religiosos, conferencias o reuniones?  
 le causa discusiones con los miembros de su familia?  
 le causa problemas cuando escucha la televisión o la radio?  
 le limita o le pone obstáculos en su vida personal y social

**Percepciones Laborales/Work perceptions**

Trabajas? \_\_\_\_\_ En donde? \_\_\_\_\_ Cuantos dias trabajas? \_\_\_\_\_  
 Que haces ? \_\_\_\_\_ como sientes el ruido en tu trabajo? \_\_\_\_\_

El trabajo desarrollado implica altos niveles de atención

El trabajo desarrollado requiere tareas mentales o manuales de alta complejidad

El desarrollo habitual de la tarea exige una elevada discriminación auditiva

Le ha dado a Ud o a alguien de su familia COVID?  Si  No Hace Cuanto?

Siente que ha tenido problemas de oído?  Si  No

Describe que problemas auditivos que ha notados después del COVID

**Otoscopia/Otoscopy** **Timpanometria/Tympanometry**

<p><i>Left canal/Izquierda</i> <input type="checkbox"/> Claro/Clear</p> <p><input type="checkbox"/> Partially Occluded</p> <p><input type="checkbox"/> Tapado/Occluded</p>	<p><i>Right canal/Derecha</i> <input type="checkbox"/> Claro/Clear</p> <p><input type="checkbox"/> Partially Occluded</p> <p><input type="checkbox"/> Tapado/Occluded</p>
--	---

<p><i>Right/Der.</i> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> As <input type="checkbox"/> Ad <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C</p> <p>Reflex</p>	<p><i>Left/Izq.</i> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> As <input type="checkbox"/> Ad <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C</p> <p>Reflex</p>
---	--

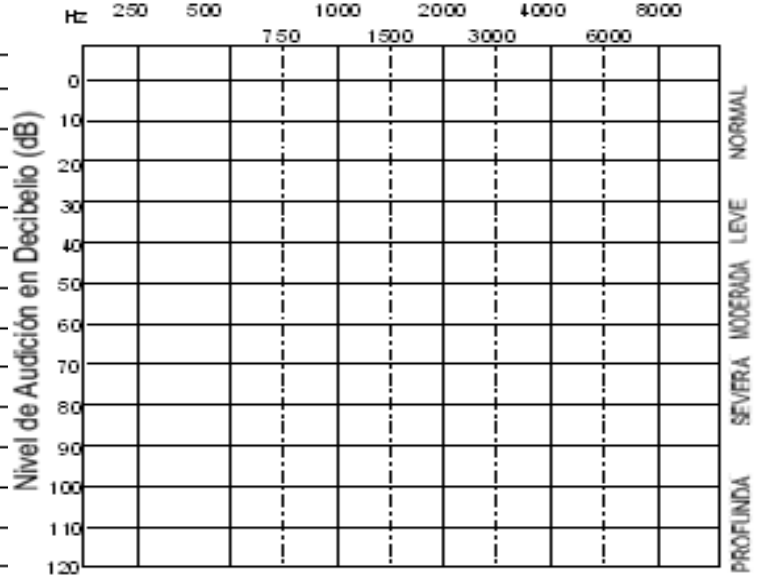
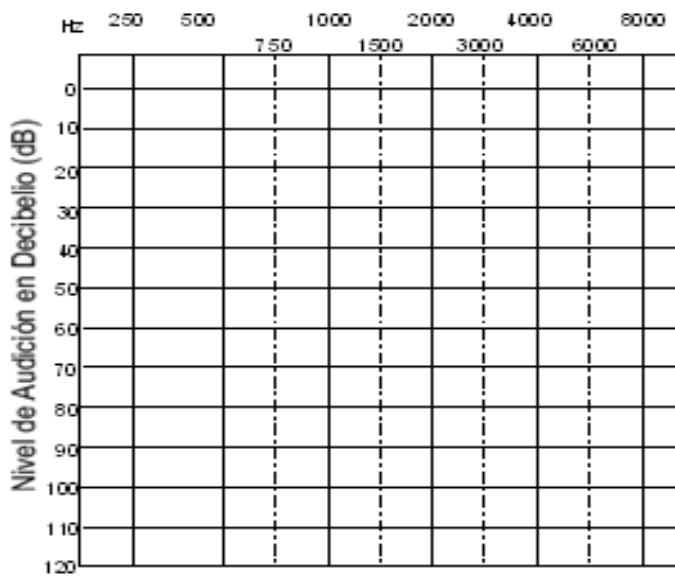
**Audiometría/ Audiometric Testing**

**Oído Izquierdo/Left Ear**

250 Hertz	
500 Hertz	
1000 Hertz	
2000 Hertz	
3000 Hertz	
4000 Hertz	
6000 Hertz	
8000 Hertz	

**Oído derecho/right Ear**

250 Hertz	
500 Hertz	
1000 Hertz	
2000 Hertz	
3000 Hertz	
4000 Hertz	
6000 Hertz	
8000 Hertz	



Le ha dado a Ud o a alguien de su familia COVID?  Si  No Hace Cuanto?

Siente que ha tenido problemas de oído?  Si  No

Describe que problemas auditivos que ha notados después del COVID

**Observaciones/observations**


Aviso de Privacidad: Tengo conocimiento que la organización "AYPRODA IAP" desarrolla la Campaña de Salud Auditiva y que estos datos forman parte del material probatorio que acredita el cumplimiento de metas convenidas para el Programa de Salud Auditiva del, por lo cual manifiesto mi consentimiento para ello, sin que puedan ser transferidos los datos personales contenidos en este formato, solo serán utilizados para los fines del proyecto conforme a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

FIRMA \_\_\_\_\_



