

Historia Medica

NOMBRE: _____

Fecha de nacimiento _____

Si **NO**

- Tiene dificultades de oír? Por cuanto tiempo? (semanas, meses, años)

- Derecha Izquierda Los dos
- Tu familia/amigos reclaman que no oyes bien?
- Le chillan o le zumban los oídos?
 Derecha Izquierda Los dos
Es constante o ocasional? Constante Ocasional No se
- Tiene mareos?
- Ha tenido operaciones, infecciones, o dolor en los oídos? Se a golpeado en la cabeza? (marque todos los que aplican)
- Ha estado expuesto a ruidos fuertes?
(Disparo, fabrica, ruido de maquina, fulminantes)? _____
- Hay alguien en su familia que tiene un problema de audicion?
Quien es y de cuantos años? _____
- _____
- Ha tenido un examen de audicion anteriormente? Cuando?
Donde? _____
- Ha usado aparatos usted alguna vez? Cual oído?
 Derecha Izquierda Los dos
Por cuanto tiempo? _____
- Estaria usted interesado en usar aparatos?
- Esta tomando algun medicamento? Por cuanto tiempo?

Por favor, marque todo lo que aplica a usted: Meninjitis

- Problemas cardiacos Alta presion Diabetes
 Fiebre Escarlatina Algun otro problema _____

