



## HISTORIA CLINICA (ADULTO)

1. Fecha de Evaluación: \_\_\_\_\_  
 2. Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Dirección del Cliente: \_\_\_\_\_

Numero Telefónico: \_\_\_\_\_

3. Acompañado por: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

	Nombre		Relación
4. Edad:	_____	Fecha de Nacimiento:	_____

5. Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

6. Referido por: \_\_\_\_\_



1. Motivo de la Visita:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. Evaluaciones Auditivas Previas: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
 Donde: \_\_\_\_\_  
 Cuando: \_\_\_\_\_  
 Comentarios: \_\_\_\_\_

3. Pérdida Auditiva: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
 Oído: \_\_\_\_\_ Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_ Ambos  
 ¿Oye mejor con un oído más que el otro? \_\_\_\_\_ Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda  
 Edad de Inicio: \_\_\_\_\_  
 ¿Progresivo? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
 Comentarios: \_\_\_\_\_

**4. Historial Familiar de Pérdida Auditiva:**

Relación: \_\_\_\_\_ Edad de Inicio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

**5. Antecedentes de Infecciones de Oído: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No**

Oído: \_\_\_\_\_ Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_ Ambos

Edad de Inicio: \_\_\_\_\_

¿Drenaje? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Dolor? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Tratamientos: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

**6. Cirugías de Oído: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No**

Oído: \_\_\_\_\_ Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_ Ambos

Fecha(s): \_\_\_\_\_

Qué Tipo de Cirugía(s): \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

**7. Tinnitus (Zumbido): \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No**

Oído: \_\_\_\_\_ Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_ Ambos

Descripción: \_\_\_\_\_

Intensidad: \_\_\_\_\_

¿Constante o Intermitente? \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

**8. Mareos: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No**

Descripción: \_\_\_\_\_

¿Relacionado a su posición? \_\_\_\_\_

¿Nausea? \_\_\_\_\_

¿Hora de Inicio? \_\_\_\_\_

¿Frecuencia? \_\_\_\_\_

¿A Obtenido Consulta Médica? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Comentarios: \_\_\_\_\_

---

---

**9. Lesiones/Heridas en la Cabeza o Cerebrales:** \_\_\_\_\_

Fecha(s): \_\_\_\_\_

¿Pérdida de Conciencia? \_\_\_\_\_

¿Audición Fue Afectada? \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

---

---

---

**10. Enfermedades: (e., Diabetes, Enfermedad Renal, Circulatorio/Corazón, Infecciones)**

---

---

---

**11. Medicamentos:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**12. ¿Historia de Exposición a Ruidos Fuertes? ¿Si es así, que paso, Cuando Ocurrió y Llevaba Protección Auditivas Puestas?**

---

---

---

---

**13. Uso de Auxiliar Auditivo (Audífonos):**

Oído Equipado: \_\_\_\_\_ Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_ Ambos

Primer uso de Auxiliares (Audífonos): \_\_\_\_\_

Periodo Usado: \_\_\_\_\_

Beneficios o Ventajas: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

---

---

**14. ¿Se encuentra subiendo el volumen de la televisión a un nivel alto?** \_\_\_\_\_

**15. ¿Tiene dificultad entendiendo conversaciones por teléfono?** \_\_\_\_\_

**16. A su conocimiento, ¿alguna vez ha tomado medicamentos que puedan afectar su audición?** \_\_\_\_\_