

ACOUSTIC HEARING CENTER

Fecha: ____/____/____

Nombre _____
Dirección _____ Apt. # _____
Ciudad _____ Estado _____
Codigo Postal _____
Email _____

Empleador _____
Posicion _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____ CP _____
No. De Trabajo: _____
Metodo de pago: _____

Edad ____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
No. De Casa (____) _____ - _____
No. de Celular (____) _____ - _____
No. de Seguro Social _____ - _____ - _____
Contactar por Email: Si _____ No _____

Contacto de Emergencia _____
Parentesco _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____ CP _____
No. De Telefono: _____
Referido por _____

HISTORIAL

Describe su problema de audicion:

Le molestan los sonidos fuertes en restaurantes o lugares publicos?
Si _____ No _____

Oye bien cuando va a la iglesia o al cine?
Si _____ No _____ A veces _____

Cuanto tiempo ha pasado desde la ultima vez que escucho normal? _____

Ha visto algun medico con relacion a su audicion?
Si _____ No _____ Cuando _____

Usted sabe lo que causo su problema de audicion?

Escucha usted ruidos o zumbidos en los oidos?

En que situaciones oye mejor, en lugares ruidosos _____ o callados _____

Le duele alguno de los oidos? _____

En que lugares tiene mas problemas escuchando? _____

Hay alguien en la familia con problemas de audicion? Si _____ No _____ Parentesco _____

Tiene un oido mejor que el otro?
Derecho _____ Izquierdo _____ Igual _____

Que oido utiliza para hablar por telefono?
Derecho _____ Izquierdo _____ Ninguno _____

Puede escuchar el timbre del telefono?
Si _____ No _____ A veces _____

Le supura alguno de sus oidos? _____

** Autorizo a el personal certificado del "Acoustic Hearing Center" para evaluar y manejar mi problema de audicion. Certifico que yo soy responsable de todos los cargos y costos por los servicios efectuados. Menos que se firme otro acuerdo.

Firma de Paciente o Padre: _____ Fecha: _____