

Historia clínica de adultos

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Motivo para la cita de hoy _____

Quien le refiere? _____

Médico General

1. Por favor, chequee si tiene o ha tenido algo de lo siguiente:

Problemas de riñón	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Hipertensión.....	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diabetes.....	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Problemas visuales	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cáncer.....	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Problemas del seno.....	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otro (por favor, liste)					

2. Esta tomando **medicinas**? SI NO

Favor de explicar: _____

3. Ha sufrido de **trauma de cabeza**? SI NO

4. Ha tenido cirugía de los oídos, nariz o garganta? SI NO

El Oído (Por favor, llene en blanco o chequee la caja)

1. ¿Cuándo fue la **primera vez** que ha dado cuenta del problema con el oído? _____

2. ¿Este cambio fue RAPIDO o GRADUAL? _____

3. ¿Desde la primera vez que ha dado cuenta del problema del oído, ha **deteriorado**? SI NO

4. ¿Oye **mejor** en un oído más que el otro? SI NO

¿Si contestó **si**, cuál oído es mejor? DERECHA IZQUIERDA

5. ¿El oído es CONSTANTE o FLUCTUATAR?

6. ¿Tuvo experiencia con algo de lo siguiente:

SI NO **Dolor del oído** Si contestó **si**: DERECHA IZQUIERDA LOS DOS

SI NO **Oído bloqueado** Si contestó **si**: DERECHA IZQUIERDA LOS DOS

SI NO **Resonante/Zumbido** Si contestó **si**: DERECHA IZQUIERDA LOS DOS

SI NO **Mareo/Vértigo**

8. ¿Ha tenido exposición a ruidos (laboral, recreativo, o militar)? SI NO

Favor de explicar: _____

9. ¿Tiene alguna familia con pérdida de audición? SI NO

Si contestó sí, ¿quien es? _____

10. ¿Ha tenido una examinación audiológica? SI NO

11. ¿Lleva los audífonos? SI NO ¿En este momento? SI NO

12. ¿En cuales lugares tiene dificultad con el oído? _____