

Formulario de primera visita



Para sacar el máximo partido de la consulta, piense en cómo ha cambiado su audición y cómo afecta esto a su vida. Dedique un momento a completar estas preguntas y traiga las respuestas a la consulta. Es posible que quiera analizar las preguntas con alguna persona cercana.

Nombre Apellido

Email Tel.:

1 Díganos qué le ha traído hoy aquí.....

.....

¿Está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

Marque las casillas seleccionada con una cruz

De acuerdo Indiferente No estoy de acuerdo

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 2 | Siente que la gente susurra | | | | | |
| 3 | Le cuesta escuchar la televisión | | | | | |
| 4 | Le cuesta escuchar a través del teléfono | | | | | |
| 5 | Me resulta complicado determinar de dónde proceden los sonidos | | | | | |
| 6 | Le resulta complicado escuchar voces bajas, como por ejemplo los susurros | | | | | |
| 7 | Le resulta complicado seguir conversaciones en lugares como restaurantes o fiestas | | | | | |
| 8 | ¿Siente que tiene que concentrarse mucho cuando habla más de una persona a la vez? | | | | | |
| 9 | ¿Tiende a aislarse de situaciones sociales porque le es difícil seguir las conversaciones? | | | | | |
| 10 | Se siente cansado o agotado mentalmente cuando ha mantenido muchas conversaciones | | | | | |
| 11 | Le resulta complicado recordar el contenido de las conversaciones | | | | | |
| 12 | ¿Cree que los audífonos pueden ayudar a mejorar su calidad de vida? | | | | | |

13 Anote cualquier pregunta que tenga sobre su audición.

.....

.....

.....

.....

14 Otros comentarios

.....

.....

.....

.....

15 ¿Quiere que su cónyuge, familiar o amigo haga algún comentario?

.....

.....

.....

.....



Imprima y complete este formulario
para llevar a su consulta.