

### Instrucciones

Complete toda la información y preguntas de este formulario.

### Información del cliente

Nombre del cliente:

Identificación del caso:

Teléfono:

Fecha de nacimiento:

### Cuestionario para el cliente

Para ser completada por el consejero o el cliente antes o durante la entrevista de diagnóstico.

Discapacidad comunicada:

Motivo de la remisión:

Fuente de remisión:

### Información sobre la discapacidad auditiva

¿Cuándo fue la primera vez que observó su pérdida o problema de audición?

¿Ocurrió lentamente o de repente?

¿Hay antecedentes familiares de pérdida de audición?      Sí      No

Si es así, ¿en quién?

¿Qué causó su pérdida de audición?

¿Tiene dolor en los oídos?      Sí      No      ¿Tiene drenaje en los oídos?      Sí      No

¿Hay ruido en su cabeza o en sus oídos? (seleccione uno)

Ninguno      Rara vez      Frecuentemente

¿Es el mareo o el equilibrio un problema? (seleccione uno)

Ninguno      Rara vez      Frecuentemente

¿Cuándo oye mejor?

¿Cuándo tiene más dificultad para oír?

¿Puede entender lo que se dice por teléfono?      Sí      No

¿Puede entender lo que se dice en la televisión?      Sí      No

¿Puede entender lo que se dice en la radio?      Sí      No

¿Tiene dificultad para localizar el sonido?      Sí      No

¿Alguna vez ha usado un audífono?      Sí      No
¿Edad en la que se usó un audífono por primera vez?
¿Ayudan los audífonos?      Sí      No
Si no, ¿por qué no?
¿Hay algo malo con sus audífonos actuales?
¿Ha tenido entrenamiento de habla?      Sí      No
¿Ha tenido entrenamiento de lectura de labios?      Sí      No
Enumere las formas en que se comunica:
Describa cualquier condición visual, cognitiva y/o física que tenga y que afecte a su capacidad de comunicación:
¿Perdió un trabajo, no consiguió un trabajo o cambió de trabajo debido a sus problemas de audición?
Si está empleado, ¿qué problemas de audición tiene en el trabajo?
Otra información sobre sus problemas de audición.