

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 cónyugue, familiar o amigo haga algún comentario?

.....

.....

.....

.....



Imprima y complete este formulario
para llevar a su consulta.