

**UNIVERSITY SPEECH, LANGUAGE AND HEARING CLINIC:**  
**A UNITED WAY FACILITY**  
**100 CLINICAL RESEARCH CENTER**  
**HOUSTON, TX 77204-60108**  
**713-743-0915**

**AUDIOLOGY CASE HISTORY-ADULT**  
HISTORIAL DE AUDIOLOGIA-PARA ADULTO

Date of Application \_\_\_\_\_

**NAME:** \_\_\_\_\_ **DATE OF BIRTH:** \_\_\_\_\_ **SEX:** \_\_\_\_\_  
NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO SEXO

**ADDRESS:** \_\_\_\_\_  
DIRECCION (City/Ciudad) (State/Estado) (Zip/Código Postal)

**HOME PHONE:** \_\_\_\_\_ **OFFICE PHONE:** \_\_\_\_\_  
TELEFONO DE CASA TELEFONO DE TRABAJO

**DOCTOR:** \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE SU DOCTOR

**HEARING AID INSURANCE:** \_\_\_\_\_ **POLICY #:** \_\_\_\_\_  
ASEGURANZA DE APARATO AUDITIVO NÚMERO DE POLIZA

**HOW DID YOU HEAR ABOUT US?** \_\_\_\_\_  
¿COMO SE ENTERO DE NUESTROS SERVICIOS?

**ETHNIC ORIGIN:** \_\_\_\_\_ **NATIVE LANGUAGE:** \_\_\_\_\_  
ORIGEN ETNICO LENGUAJE NATIVO

**Are you a veteran of arm services?** \_\_\_\_\_

**ABOUT YOUR EARS:**  
ACERCA DE SUS OIDOS

**DO YOU HAVE ANY OF THESE SYMPTOMS? (Circle one)**  
¿HA TENIDO USTED ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS? (Encierre uno)

<b>Deformity of the ear</b>	<b>YES NO</b>	<b>Hearing loss in one ear in the last 90 days</b>	<b>YES NO</b>
Deformidad de los oídos	SI NO	Pérdida auditiva en un oído en los últimos 90 días	SI NO

<b>Drainage from either ear</b>	<b>YES NO</b>	<b>Which is your poorer ear?</b>	<b>LEFT RIGHT SAME</b>
Desagüe en los oídos	SI NO	¿En que oído tiene menos audición?	Izquierdo Derecho Igual

<b>Sudden of rapid loss of hearing in the past 90 days</b>	<b>YES NO</b>
Pérdida auditiva repentina o rápida en los últimos 90 días	SI NO

<b>Have you ever seen a doctor for wax removal?</b>	<b>YES NO</b>
¿Ha visto algún doctor para remover la cera en los oídos?	SI NO

**ABOUT YOUR HEARING:**

ACERCA DE SU AUDICION

**Will this be the first time you've had a hearing test? YES NO**

¿Es la primera vez que tiene un examen de audición? SI NO

**If no, what year were you last tested? \_\_\_\_\_**

Si escogió NO, ¿En qué año tuvo su último examen?

**Have you ever had ear surgery? YES NO**

¿Ha tenido alguna cirugía de oído? SI NO

**If yes, when? \_\_\_\_\_ which ear? \_\_\_\_\_ procedure? \_\_\_\_\_**

Si escogió SI, ¿cuándo?

¿En qué oído?

¿Qué procedimiento?

**Do you have noises or ringing in your ears? YES NO**

¿Escucha ruidos o tiene tintineo en los oídos? SI NO

**Did you have chronic ear infections as a child or adult? YES NO**

¿Sufría usted de infecciones crónicas de oído como niño o ahora como adulto? SI NO

**Did you have a family history of hearing loss? YES NO**

¿Tiene historial familiar de pérdida de la audición? SI NO

**Have you been exposed to a lot of noise in your life? YES NO**

¿Ha sido expuesto(a) a ruidos fuertes en alguna etapa de su vida? SI NO

**Have you had any trauma to the head? YES NO**

¿Ha tenido algún trauma o golpe en la cabeza? SI NO

**Do your ear canals itch? YES NO**

¿Tiene picazón adentro de los oídos? SI NO

**Do you have sinus or allergy problems? YES NO**

¿Tiene problemas de alergias o sinusitis? SI NO

**Do you have difficulty hearing when somebody whispers? YES NO**

¿Tiene problemas al escuchar a alguien susurrar? SI NO

**Does a hearing problem cause you difficulty when visiting friends? YES NO**

¿Su dificultad de audición le afecta convivir con sus amistades? SI NO

**Does a hearing problem cause you to attend church less often than you would like? YES NO**

¿Su dificultad de audición lo limita a no asistir a la iglesia tan seguido como le gustaría? SI NO

**Do you have difficulty listening to TV or radio? YES NO**

¿Tiene dificultad al escuchar la radio o su televisor? SI NO

**Do you have difficulty hearing when in a restaurant? YES NO**

¿Tiene dificultad al escuchar dentro de un restaurante? SI NO

**Do you have difficulty hearing women or children? YES NO**

¿Tiene dificultad al escuchar a mujeres o niños? SI NO

**In which ear do you hear better? Circle: Left Right**

¿En qué oído escucha mejor? Encierre: Izquierdo Derecho

**What do you believe caused your hearing problem?** \_\_\_\_\_

¿Qué cree usted que causo el problema de su audición? \_\_\_\_\_

**Do you wear hearing aid? YES NO**

¿Usa usted un aparato auditivo? SI NO

**If yes, circle: Left only Right only both ears**

Si contestó, Si, señale: Solo izquierdo Solo derecho Ambos oídos

**Why have you decided to have your hearing tested at this time? (check one)**

¿Por qué ha decidido hacerse un examen de audición en este momento? (marque una opción)

\_\_\_ **I feel my hearing is poor and may need to be aided/Siento que mi audición es pobre y podría necesitar ayuda**

\_\_\_ **Family/friends have suggested I have my hearing checked/Mi familia/amigos me han sugerido que tenga mi audición examinada**

\_\_\_ **Other reason (explain) Otra razón (explique):** \_\_\_\_\_

## **MEDICAL HISTORY**

HISTORIAL MEDICO

**Have you had or currently have any of the following:**

Alguna vez ha tenido o presenta alguno de los siguientes:

**High blood pressure**

Presión alta

**Heart disease**

Enfermedad del corazón

**Stroke**

Derrame cerebral

**Arthritis**

Artritis

**Diabetes**

Diabetes

**Kidney disease**

Enfermedad de riñón

**Cancer**

Cáncer

**Mumps**

Paperas

**Measles**

Sarampión

**Meningitis**

Meningitis

**General anesthetic**

Anestesia general

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION**

Autorización para compartir Información

**I hereby give the Houston Speech and Hearing Clinic authorization to release records on:**

Le permito a la Clínica de Habla, Lenguaje y Audición de Houston autorización para compartir información sobre:

\_\_\_\_\_ (Patient Name)

TO: \_\_\_\_\_ (Name/Nombre)  
\_\_\_\_\_ (Address/Dirección)  
\_\_\_\_\_ (City,State,Zip/Cuidad,Estado,Código Postal)

\_\_\_\_\_ (Name/Nombre)  
\_\_\_\_\_ (Address/Dirección)  
\_\_\_\_\_ (City,State,Zip/Cuidad,Estado,Código Postal)

\_\_\_\_\_ (Name/Nombre)  
\_\_\_\_\_ (Address/Dirección)  
\_\_\_\_\_ (City,State,Zip/Cuidad,Estado,Código Postal)

Signed/Firma: \_\_\_\_\_  
(Client, Parent, or Guardian/Cliente, Padre o Tutor)

\_\_\_\_\_  
(Witnessed/ Testigo)

\_\_\_\_\_  
(Date/Fecha)