

# Patient Profile Questionnaire



Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Spouse's Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Phone (Daytime) \_\_\_\_\_ Phone(Evening) \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_ How did you choose us? \_\_\_\_\_

## Next of kin not living with you:

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Phone (Daytime) \_\_\_\_\_ Phone (Evening) \_\_\_\_\_

Insurance Carrier \_\_\_\_\_ Member ID Number \_\_\_\_\_

Primary Care Physician \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

## I authorize release of my audiological test results and a report of my treatment plan to my doctor.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

1. Will this be your first hearing test? .....  Yes  No
2. Have you been examined by a doctor in the past 6 months? .....  Yes  No
3. Have you ever had ear surgery? .....  Yes  No
4. Has the hearing in one ear rapidly decreased within the previous 90 days? .....  Yes  No
5. Have you experienced acute or recurring dizziness? .....  Yes  No
6. In which ear is your hearing most impaired?  Left  Right  Same
7. When did you first notice your hearing loss? \_\_\_\_\_ years
8. Did your hearing loss develop  Suddenly?  Gradually?
9. Do you know the cause of your hearing loss? .....  Yes  No  
Cause \_\_\_\_\_
10. Are you experiencing ear pain? .....  Yes  No
11. Have you noticed any change in your ability to remember? .....  Yes  No
12. Do you have ringing of the ears? .....  Yes  No
13. Do you sometimes hear conversation loud enough  
but cannot understand the words? .....  Yes  No
14. Do you often ask others to repeat? .....  Yes  No
15. Do you find it difficult to understand conversation in noise? .....  Yes  No
16. Do you have trouble hearing on the telephone? .....  Yes  No
17. Do you have difficulty hearing your spouse? .....  Yes  No
18. Do others mention you play the radio or TV too loudly? .....  Yes  No
19. What comments have others made about your hearing loss? .....  Yes  No
20. In what situation do you have the most difficulty understanding? .....  Yes  No
21. IF HEARING LOSS IS DISCOVERED, ARE YOU READY FOR HELP? .....  Yes  No

# Patient Profile Questionnaire



Nombre		Fecha
Nombre de su Compañero		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono (Día)	Teléfono (Noche)	Ocupación
Fecha de Nacimiento	Como nos escogió?	

Nombre de un miembro de familia que no vive con usted:

Nombre		Parentesco	
Dirección			
Teléfono (Día)	Teléfono (Noche)		
Nombre de Asseguranza	Numero de Miembro		
Nombre de su Doctor de Preferencia			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono

**Autorizo pasar el resultado de mi prueba audio lógica y reporte de plan de tratamiento a mi doctor y asseguranza.**

<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>
--------------	--------------

- 22. Es esta su primera prueba de sus oídos? .....  Sí  No
- 23. Ha sido examinado por un doctor de oídos en los últimos 6 meses? .....  Sí  No
- 24. Ha tenido alguna vez operación de su oído?.....  Sí  No
- 4. Ha notado la perdida de un oído, decaer mas rapido en los ultimos 90 dias?.....  Sí  No
- 5. Ha experimentado mareos agudos o frecuentes? .....  Sí  No
- 6. Que oído esta fallando mas?  Derecho  Izquierdo  Igual
- 7. Cuando empezó a notar perdida de su oído? \_\_\_\_\_ Años
- 8. Su perdida de oído, sucedio  Rapidamente?  Gradualmente?
- 9. Save usted la causa de la perdida de su oído? .....  Sí  No  
Causa .....
- 10. Siente dolor en sus oídos?.....  Sí  No
- 11. Ha notado algún cambio en su habilidad para recordar?.....  Sí  No
- 12. Oye ruido en sus oídos? .....  Sí  No
- 13. Algunas veces puede oír bien las conversaciones pero no entiende las palabras? .....  Sí  No
- 14. Usted pide muy seguido que le repitan las palabras?.....  Sí  No
- 15. Encuentra dificultad para entender conversaciones cuando hay ruido?.....  Sí  No
- 16. Tiene dificultad para entender cuando habla por teléfono?.....  Sí  No
- 17. Tiene dificultad para entender a su esposo/esposa?.....  Sí  No
- 18. Su familia le dice que escucha el radio y la televisión muy alta?.....  Sí  No
- 19. Que comentarios le hacen acerca de sus oídos?.....
- 20. En que lugares tiene mas dificultad para entender?.....
- 21. SI SE DESCUBRE QUE TIENE PERDIDA DE OIDO, ESTA LISTO A RECIVIR AYUDA  Sí  No