

# UNIVERSITY of HOUSTON

College of Liberal Arts and Social Sciences  
Speech-Language-Hearing Clinic

## AUDIOLOGY CASE HISTORY – ADULT & CHILD

HISTORIAL DE AUDIOLOGIA - PARA ADULTO Y NINO(A)

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

Fecha

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

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

**HOME PHONE #:** \_\_\_\_\_ **CELL PHONE #:** \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DE CASA # TELÉFONO CELULAR

**EMAIL ADDRESS:** \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

**WOULD YOU LIKE EMAIL REMINDERS FOR APPOINTMENTS?**  Yes  No  
LE GUSTARIA NOTIFICACIONES PARA LAS CITAS POR CORREO ELECTRONICO? SI No

**EMPLOYMENT STATUS:** Full-time Part-Time Retired Unemployed Student Other  
ESTADAO DE EMPLEO: Tiempo completo Medio tiempo Retirado Desempleado Estudiante Otro

**OCCUPATION:** \_\_\_\_\_ **EMPLOYER:** \_\_\_\_\_  
OCUPACIÓN EMPLEADOR

**ETHNIC ORIGIN:** \_\_\_\_\_ **PREFERRED LANGUAGE:** \_\_\_\_\_  
ORIGEN ETNICO LENGUAJE PREFERIDO

**PRIMARY CARE PHYSICIAN:** \_\_\_\_\_ **PH#:** \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE SU DOCTOR TEL #

**\*\*HAVE YOU EVER BEEN IN THE MILITARY?**  
**ARE YOU A VETERAN OF ARMED SERVICES?** \_\_\_\_\_ If Yes, what branch and how long? \_\_\_\_\_

**ARE YOU:**  UH STUDENT  UH FACULTY/STAFF  UH FACULTY/STAFF FAMILY MEMBER  
 NONE  
¿UD ES:  UH ESTUDIANTE  UH FACULTAD/PERSONAL  UH FACULTAD/PERSONAL FAMILIAR   
NINGUNO

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

**EMERGENCY CONTACT:** \_\_\_\_\_ **RELATION:** \_\_\_\_\_  
**PH#:** \_\_\_\_\_  
CONTACTO DE EMERGENCIA RELACIÓN TEL#

**INSURANCE INFORMATION**

**HEALTH INSURANCE:** \_\_\_\_\_ **POLICY #:** \_\_\_\_\_  
ASEGURANZA DE SALUD NÚMERO DE POLIZA

**SECONDARY INSURANCE:** \_\_\_\_\_ **POLICY #:** \_\_\_\_\_  
ASEGURANZA SECONDARIA NÚMERO DE POLIZA

**ABOUT YOUR EARS AND HEARING:**

ACERCA DE SUS OIDOS

**DO YOU FEEL YOU HAVE A HEARING LOSS? YES NO**

¿PIENSA QUE TIENE PERDIDA AUDITIVA? SI NO

**Which ear? Right Left Both**

¿Cual oído? Derecho Izquiero Ambos

**When did you first notice difficulty hearing?** \_\_\_\_\_

¿Cuándo notó por la primera vez la dificultad en oír?

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

¿Qué cree usted que causó el problema de su audición?

**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?

**\*\*PLEASE SEND A COPY OF YOUR TEST RESULTS WITH THIS APPLICATION.\*\***

**\*\*FAVOR DE MANDAR UNA COPIA DE SUS RESULTADOS CON ESTE FORMULARIO\*\***

**DO YOU HAVE DIFFICULTY USING THE TELEPHONE? YES NO**

¿TIENE DIFICULTAD USAR EL TELÉFONO? SI NO

**DO YOU HAVE ANY OF THESE SYMPTOMS? (Circle one)**

¿HA TENIDO USTED ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS? (Encierre uno)

**Deformity of the ear YES NO Sudden or rapid loss of hearing during the past 90 days YES NO**

Deformidad de los oídos SI NO Pérdida auditiva repentina o rápida durante los últimos 90 días  
SI NO

**Drainage from either ear YES NO Noises or ringing in your ears? YES NO**

Desagüe en los oídos SI NO Ruidos o tiene tintineo en los oídos? SI NO

**HAVE YOU EVER SEEN A DOCTOR FOR WAX REMOVAL? YES NO**

¿HA VISTO ALGÚN DOCTOR PARA REMOVER LA CERA EN LOS OÍDOS? SI NO

**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?

**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

**DO 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 LOUD NOISES (hunting, woodworking, machinery, military, concerts, etc)? YES NO**  
¿HA SIDO EXPUESTO(A) A RUIDOS FUERTES (cazar, trabajo de madera, máquinas, militar, conciertos, etc)? SI NO

**HAVE YOU HAD ANY SIGNIFICANT HEAD TRAUMA? YES NO**  
¿HA TENIDO ALGÚN TRAUMA O GOLPE SEVERA EN LA CABEZA? SI NO

**HAVE YOU EVER WORN HEARING AID(S)? YES NO**  
¿HA USADO ALGUNA VEZ AUDIFONOS/AUXILIARIES? SI NO  
**Do you currently wear hearing aid(s)? YES NO**  
¿Usa usted un aparato auditivo actualmente? SI NO

**If yes, circle: Left only Right only Both ears Brand/Type: \_\_\_\_\_**  
Si contestó, sí, señale: Solo izquierdo Solo derecho Ambos oídos Marca/Tipo

**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 MÉDICO

**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 (Type I or II?)**  
Diabetes (Tipo I o II?)

**Kidney disease**  
Enfermedad de riñón

**Cancer**  
Cáncer

**Mumps**  
Paperas

**Measles**  
Sarampión

**Meningitis**  
Meningitis

**Ototoxic Medication**  
Medicamento ototóxico

**Sinus/allergy problems**  
Problemas de alergias o sinusitis

**Dementia/Alzheimer's**  
Demencia/Alzheimers

**Chronic or acute dizziness**  
Mareo crónico/agudo

**Falling >2x in past 12 months**  
Caerse >2 veces durante el año previo

**PLEASE LIST ALL MEDICATIONS THAT YOU ARE CURRENTLY TAKING TO THE BEST OF YOUR KNOWLEDGE AND ABILITY. THE MEDICATIONS INCLUDE ALL PRESCRIPTIONS, OVER-THE-COUNTERS, HERBALS, AND VITAMIN/MINERAL/DIETARY/NUTRITIONAL SUPPLEMENTS.**

POR FAVOR, INDIQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE USTED ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE AL MEJOR DE SU CONOCIMIENTO Y HABILIDAD. LOS MEDICAMENTOS INCLUYEN TODAS LAS PRESCRIPCIONES, SUPERPOSICOS, HERBALS Y VITAMINAS / MINERALES / DIETARIOS / SUPLEMENTOS NUTRICIONALES.

