



AUDIO HISTORY

NOMBRE _____ EMPLEO _____

AUDIO

Tiene o ha tenido cualquier de lo seguido:

- Ha visto un especialista de oidos
- Infeccion de oido, frecuente o severo
- Le timbran o zuban los oidos
- Problemas con balance o mareos
- Es pilote o buzo
- Tiene actividades o aficion rudosas, equipo pesado, sierra de cadena, musica en alta voz, etc.
- En el pasado, ha tomado medicinas regularmente..
- Perdida de audicion
- Drenaje, dolor o presion de los oidos
- Le han remendado o hecho cirugia de los oidos
- Cercas de blazos o ruidos altos em el militar
- Cercas de ruidos altos en las ultimas 14 horas
- Dificultad en oir
- Herida de cabeza
- Usa proteccion de oir
- Ninguno

COMENTAROS:

Firma Paciente _____ Fecha _____

(Para la Oficina Utiliza Sólo)

AUDIO OBSERVATION LEFT EAR RIGHT EAR
 Y N Y N

Eardrum visible				
Eardrum normal				
Perforation				
Other abnormality				