

EAR, NOSE AND THROAT ASSOCIATES OF CHESTER COUNTY

Evaluación De Tinnitus Información De Historia

Nombre: _____ Fecha: _____
 Fecha De Nacimiento: _____ Edad: _____
 Médico Remitente: _____ Gráfico Número: _____
 Médico De Atención Primaria: _____

Descripción de Tinnitus (marque todas las que apliquen) :

<input type="checkbox"/> Tono Alto (llamar)	<input type="checkbox"/> Tono Bajo (canturrear)
<input type="checkbox"/> Apresurarse o "Viento" de	<input type="checkbox"/> Rugir
<input type="checkbox"/> Pulsante	<input type="checkbox"/> Clic
<input type="checkbox"/> Apareciendo	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Aparición de Tinnitus- c Cuándo comienzan los síntomas?

<input type="checkbox"/> Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Hace unos días
<input type="checkbox"/> Hace una semana	<input type="checkbox"/> Hace un mes
<input type="checkbox"/> Hace varios meses	<input type="checkbox"/> Hace aproximadamente un año
<input type="checkbox"/> Hace varios años	<input type="checkbox"/> No está seguro

Calendario de Tinnitus- c Cuándo es el tinnitus molestos?

(Marque todas las que apliquen)

<input type="checkbox"/> Todo el tiempo	<input type="checkbox"/> Sólo en la noche
<input type="checkbox"/> Diario	<input type="checkbox"/> Sólo en la mañana
<input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Ciertas veces a la semana
<input type="checkbox"/> Determinadas condiciones, sólo (describir): _____	

Condiciones Médicas Adicionales (Marque todas las que apliquen):

<input type="checkbox"/> La Pérdida de la Audición (<input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo)	<input type="checkbox"/> La sensibilidad a ciertos sonidos
<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Diagnosticados de migraña
<input type="checkbox"/> Traumatismo Craneencefálico	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Presión arterial baja
<input type="checkbox"/> Vértigo	<input type="checkbox"/> Desequilibrio

Cómo es el tinnitus molestos? Extremadamente Muy Algo
 Poco Ninguno

La Medicina los Últimos Cambios (en últimos seis meses):

Medicación	Cambiar Fecha
<input type="checkbox"/> Añadido <input type="checkbox"/> Disminuyó	
<input type="checkbox"/> Añadido <input type="checkbox"/> Disminuyó	
<input type="checkbox"/> Añadido <input type="checkbox"/> Disminuyó	
<input type="checkbox"/> Añadido <input type="checkbox"/> Disminuyó	
<input type="checkbox"/> Añadido <input type="checkbox"/> Disminuyó	