

EAR, NOSE AND THROAT ASSOCIATES OF CHESTER COUNTY

CUESTIONARIO DE VISTA

Nombre _____ La Fecha del Nacimiento _____
Apellido Nombre Inicial

¿Qué es su razón para la visita actual? _____

¿Ha tenido usted una prueba de vista previamente? ____ Sí ____ No

¿Si eso es el caso, qué fue los resultados? _____

¿Tiene usted algún zumbido? (llamando, el zumbido, silbando? ____ Sí ____ No

¿Cuál oreja? ____ El Derecho ____ Dejó ____ Ambos

¿Desde que cuándo? _____ ¿Es constante? ____ Sí ____ No

¿Ha llevado jamás usted una audifono? ____ Sí ____ No

¿Tiene usted vista de dificultad en cualquiera de las situaciones siguientes?
(verifique todo que aplica):

____ Restuarantes ____ Iglesia u Otro Lugar de Culto

____ Reuniones/Grupos ____ Teléfono

____ Coche ____ Televisión

Otro: _____

¿Tiene usted los problemas que oye alguna ciertas voces?

____ Hombres ____ Mujeres ____ Niños

¿Ha parado usted cualquier actividad porque usted tuvo el problema que oye en ese ambiente?

____ Sí ____ No ¿Si eso es el caso, cuál? _____

¿Piensa usted que usted tiene un problema con su vista? ____ Sí ____ No

¿Piensan cualquier miembro de la familia o los amigos que usted tiene un problema
con su vista? ____ Sí ____ No

¿Quién le mandó a nuestra oficina?

____ Esposo ____ Ser ____ Sus Niños
____ Médico ____ Amigo ____ Sus Nietos Otro: _____