



Regena Bass, M.Ed., M.S., CCC-A, SLP
Sarah Bennett, Au.D., CCC-A

**Por favor, complete este formulario de historial médico. Ayudará a su audiólogo a determinar mejor el tratamiento y el posible ajuste de dispositivos auditivos.*

Fecha del día de hoy

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento/Edad

Ocupación

Estado civil

Remitido por

Doctor de atención primaria

Problemas médicos actuales/pasados: _____

Dispositivos implantados: _____

Medicación actual (y razón de su prescripción): _____

Alergias a fármacos, medioambientales o dermatológicas: _____

Problemas médicos familiares: *(indique el miembro de la familia: madre, padre, abuelos, hermano, hermana)*

Problemas de audición: _____

Problemas de oído/nariz/garganta: _____

Problemas de sangrado/coagulación: _____

Diabetes: _____

Cáncer: _____

Hematología: _____

Neurológico: _____

Otros: _____