

Chapter 5

CLINICAL HISTORY FOR PEDIATRIC AND ADULT CASES

The following clinical history forms aim to provide the clinician with a detailed overview of the patient's case from the start. Although the clinical history may seem long, it is designed to cover most ques-

tions in detail. The clinician has an exact version in English to understand the patient's Spanish version. The clinical history can be read by the patient or verbally presented by the interpreter.

Adult Clinical History

Patient Name:

DOB:

Date:

What is your main concern?	<input type="checkbox"/> Hearing loss <input type="checkbox"/> Tinnitus <input type="checkbox"/> Dizziness
How long have you had it?	<input type="checkbox"/> Less than 3 months <input type="checkbox"/> 1 year <input type="checkbox"/> 2–5 years <input type="checkbox"/> More than 5 years <input type="checkbox"/> Since birth or early childhood
Have you seen a primary care physician? Name:	<input type="checkbox"/> Yes, in the last 6 months <input type="checkbox"/> I do not have one

Please respond with YES or NO Also tell me if it applies to BOTH ears or to only one	Yes/No	Both Ears	Right Ear	Left Ear
Do you have hearing difficulties?				
Has your hearing changed suddenly in the past 3 months?				
Do you have tinnitus or ringing in your ears?				
Do you have dizziness, balance issues?		/	/	/
Do you have ear pain?				
Have you had ear surgery?				
Have you had an ear infection?				
Do you have discharge in your ears?				
Have you worn or do you wear hearing aids?				
Do you have a hearing implant?				

	Yes	No	If yes, please describe
If you have dizziness, Have you ever fallen? Is it triggered by changing positions? Does the room spin around? Does it last hours? Have you received treatment for it?			How many times? Standing up, turning in bed, other?

continues on p. 88

Historia Clínica—Adultos

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento:

Fecha:

¿Cuál es la razón principal de su visita?	<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Acúfeno o zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> Mareos o problemas de equilibrio
¿Cuánto tiempo ha tenido este problema?	<input type="checkbox"/> Menos de 3 meses <input type="checkbox"/> 1 año <input type="checkbox"/> Entre 2 y 5 años <input type="checkbox"/> Más de 5 años <input type="checkbox"/> Desde el nacimiento o desde la infancia
¿Ha visitado a su médico familiar? Nombre del médico:	<input type="checkbox"/> Si, en los últimos 6 meses <input type="checkbox"/> No tengo médico familiar al momento

Por favor conteste estas preguntas con SI o NO Por favor también marque si la respuesta se refiere a ambos oídos, o solo a uno.	SI/NO	Ambos Oídos	Oído Derecho	Oído Izquierdo
¿Tiene dificultad al escuchar?				
¿Ha sufrido un deterioro brusco o repentino de la audición en los últimos 3 meses?				
¿Tiene acúfeno o zumbido en los oídos?				
¿Tiene problemas de equilibrio o mareos?		/	/	/
¿Tiene dolor de oído?				
¿Ha tenido alguna una cirugía u operación de oído?				
¿Ha tenido alguna infección de oído?				
¿Tiene algún tipo de supuración en los oídos?				
¿Ha usado alguna vez audífonos o prótesis auditivas?				
¿Tiene algún tipo de implante de oído?				

	SI	NO	Por favor describa su respuesta
Si Ud. ha tenido mareos / pérdida de equilibrio ¿Alguna vez se ha caído? ¿Cree que los mareos se presentan cuando cambia de posición? ¿Le parece que la habitación gira a su alrededor? ¿El mareo dura horas? ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento?			¿Cuándo fue el último mareo? ¿Cuántas veces? ¿Al pararse, o dares la vuelta en la cama?

continues on p. 89

continued from p. 86

	Yes	No	If yes, please describe
If you have tinnitus, Is it bothersome? Is it a constant noise? Is it a pulsatile noise?			
Do you know the cause of your hearing loss?			
Any family members with a hearing loss?			
Have you been exposed to loud noises?			Hunting/shooting Power tools Factory machinery Music
Have you hit your head in an accident or have you had a concussion?			
Do you have diabetes?			
Do you have heart disease?			
Do you have high blood pressure?			
Do you have neurological problems?			Depression Dementia Alzheimer's Parkinson's Stroke Other:
Do you have kidney disease?			
Have you had viral or bacterial infections?			Meningitis Mumps Measles HIV Syphilis Malaria Other:
Do you have arthritis?			
Have you been treated for cancer?			Type?
Have you had head or neck radiation therapy?			
Do you have vision problems?			
Do you take any medications?			Name and dose:

continued from p. 87

	SI	NO	Por favor describa su respuesta
¿Si tiene zumbido o acúfeno, este le molesta? ¿Es su acufeno un ruido constante? ¿O es un sonido pulsátil?			
¿Conoce la causa de su pérdida auditiva?			
¿Alguien en su familia tiene una pérdida de audición?			
¿Ha estado expuesto o expuesta a ruidos fuertes?			Disparos/casería Herramientas de trabajo Maquinaria de fabricación Música
¿Ha sufrido algún tipo de golpes a la cabeza?			
¿Tiene diabetes?			
¿Tiene problemas cardiacos?			
¿Tiene presión arterial alta?			
¿Tiene problemas neurológicos?			Depresión Demencia Alzheimer's Parkinson's Accidente cerebrovascular Otro:
¿Tiene algún problema o enfermedad renal?			
¿Ha tenido alguna infección bacteriana o viral?			Meningitis Paperas Sarampión VIH Sífilis Malaria Otra:
¿Tiene artritis?			
¿Ha recibido tratamiento para cáncer?			¿Tipo?
¿Ha recibido radiación en el área del cuello o la cabeza?			
¿Tiene problemas visuales?			
¿Toma medicamentos?			Por favor enliste sus medicamentos y las dosis: