



HCHS/SOL Hearing Exam Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HES
VERSION: A 9/20/07

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

--	--

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

Month Day Year

0b. Staff ID:

--	--	--

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option. These questions must be asked *before* the hearing examination begins.

A. Self Assessed Hearing Loss

1. ¿Siente usted que ha perdido la capacidad de oír?

No

0 ☐

→ **GO TO QUESTION 5**

Sí

1 ☐

No sabe/rehusó

9 ☐

→ **GO TO QUESTION 5**

2. ¿Cuál es su mejor oído?

Izquierdo

1 ☐

Derecho

2 ☐

No hay diferencia

3 ☐

No sabe/rehusó

9 ☐

3. ¿Fue la pérdida de su audición de repente o poco a poco?

De repente

1 ☐

Poco a poco

2 ☐

No sabe/rehusó

9 ☐

4. ¿Cuántos años tenía usted cuando comenzó su pérdida de audición?

Menor de 5 años

1 ☐

De 5 a 19 años

2 ☐

De 20 a 29 años

3 ☐

De 30 a 39 años

4 ☐

De 40 a 49 años

5 ☐

De 50 a 59 años

6 ☐

De 60 a 69 años

7 ☐

70 años o más

8 ☐

No sabe/rehusó

9 ☐

B. Tinnitus

5. En el último año, ¿ha sentido usted zumbido, silbido o ruido en sus oídos?

No

0 ☐

→ **GO TO QUESTION 10**

Sí

1 ☐

No sabe/rehusó

9 ☐

→ **GO TO QUESTION 10**

6. Por lo general, ¿dura este ruido más de 5 minutos?

No 0 ☐

Sí 1 ☐

No sabe/rehusó

9 ☐

ID NUMBER:								FORM CODE: HES VERSION: A 9/20/07	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

7. ¿Usted escucha este ruido solamente después de escuchar sonidos muy fuertes (por ejemplo, conciertos, disparos o ruidos en el lugar de trabajo)?

No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐

8. ¿Le causa este ruido problemas para dormir?

No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐

9. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sentido usted estos silbidos, ruidos o zumbidos en sus oídos o en su cabeza?

Casi siempre 1 ☐
 Por lo menos una vez al día 2 ☐
 Por lo menos una vez a la semana 3 ☐
 Por lo menos una vez al mes 4 ☐
 Menos de una vez al mes 5 ☐
 No sabe/rehusó 9 ☐

C. Hearing Medical History

10. ¿Cuándo fue la última vez que usted vio a un doctor u otro profesional de la salud acerca de su audición o problemas con el oído?

Nunca 0 ☐
 El año pasado 1 ☐
 De 1 a 2 años atrás 2 ☐
 De 3 a 4 años atrás 3 ☐
 De 5 a 9 años atrás 4 ☐
 De 10 a 14 años atrás 5 ☐
 15 años o más 6 ☐
 No sabe/rehusó 9 ☐

11. ¿Cuándo fue la última vez que le realizaron una prueba de audición?

Nunca 0 ☐
 El año pasado 1 ☐
 De 1 a 2 años atrás 2 ☐
 De 3 a 4 años atrás 3 ☐
 De 5 a 9 años atrás 4 ☐
 De 10 a 14 años atrás 5 ☐
 15 años o más 6 ☐
 No sabe/rehusó 9 ☐

12. ¿Alguna vez ha tenido cirugía en sus oídos?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 14**
 Sí 1 ☐
 No sabe/rehusó 9 ☐ → **GO TO QUESTION 14**

13. ¿Qué tipo de cirugía le realizaron?

Timpanoplastia 1 ☐
 Mastoidectomía 2 ☐
 Estapedectomía 3 ☐
 Implante coclear 4 ☐
 Otro 5 ☐

ID NUMBER:								FORM CODE: HES VERSION: A 9/20/07	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

14. ¿Alguna vez ha tenido tubos en sus oídos?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 16**
 Sí 1 ☐
 No sabe/rehusó 9 ☐ → **GO TO QUESTION 16**

15. ¿Tiene tubos en sus oídos actualmente?

No 0 ☐
 Sí, en el derecho 1 ☐
 Sí, en el izquierdo 2 ☐
 Sí, en uno (desconoce el lado) 3 ☐
 Sí, en ambos lados 4 ☐
 No sabe/rehusó 9 ☐

16. ¿Alguna vez ha tenido un neuroma acústico?

No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐

17. ¿Alguna vez ha tenido un colesteatoma?

No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐

18. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene la enfermedad de Meniere?

No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐

19. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene otosclerosis?

No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐

20. ¿Ha tenido usted un resfriado, congestión nasal o dolor de oído durante las últimas 24 horas?

No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐

21. ¿Ha estado usted expuesto(a) a música muy fuerte o ha escuchado música con audífonos en las últimas 24 horas?

No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐

22. ¿Ha estado usted expuesto(a) a cualquier otro ruido muy fuerte en las últimas 24 horas?

No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐