



# FORMULARIO DE ENTRADA CONFIDENCIAL

Nombre y número del almacén de Costco: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SOCIO

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Num. de membresía: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono primario: \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Nombre de cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Retirado    Trabajando

## HISTORIAL MÉDICO

Ciertos tipos de medicamentos pueden afectar la audición o dificultar la toma de impresión del oído. ¿Toma usted alguno de los siguientes tipos de medicamentos? Si es así, márquelos en las casillas y enumérelos.

Anticoagulantes     Medicinas para el corazón     Insulina     Agentes de quimioterapia     Analgésicos

Durante su evaluación auditiva, usted puede tener contacto con diversos materiales. ¿Es alérgico a alguno de los siguientes?

Látex     Nitrilo     Plásticos     Goma     Silicón     Otros \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha recibido tratamiento médico/quirúrgico para los oídos?    Sí    No

Si es así, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_ Tipo de cirugía/tratamiento: \_\_\_\_\_

De las siguientes afecciones, marque todas las que tenga o haya tenido antes.

<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes I o II	<input type="checkbox"/> Meningitis	<input type="checkbox"/> Escarlatina
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Parálisis de Bell	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Neuropatía	<input type="checkbox"/> Apoplejía/AIT
<input type="checkbox"/> Contusión/Fractura craneal	<input type="checkbox"/> Fiebre alta	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad	<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Mal de Parkinson	<input type="checkbox"/> Problema de visión
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Sarampión/Paperas	<input type="checkbox"/> Problemas de memoria	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Tipo/Tratamiento: _____	<input type="checkbox"/> Síndrome de Meniere	<input type="checkbox"/> Diagnóstico: _____	_____

Nombre:

Fecha:

## HISTORIAL AUDITIVO

Sí No ¿Alguna vez se ha hecho un examen de audición? Si es así:

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Se detectó pérdida de audición? Sí No

Sí No ¿Alguna vez le han hecho un audífono a la medida?

Sí No ¿Su audición es mejor unos días que otros?

Sí No ¿Alguna vez ha sentido ruido en los oídos (ej., zumbido, tinnitus, chasquidos, rugido)?

Si es así, ¿en cuál oído? Ambos Derecho Izquierdo Describa el sonido que oye: \_\_\_\_\_

Con ¿qué frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Es molesto? Sí No

Sí No ¿Alguna vez ha estado expuesto a ruidos en el trabajo o por recreación (ej., militar, música, disparos)?

Si es así, describa: \_\_\_\_\_

Sí No ¿Alguien de su familia sufre pérdida de la audición? Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_

Sí No ¿Ha consultado a un médico debido a de su audición?

Si es así, ¿qué tipo de médico? Cuidados primarios Medico general Otorrinolaringólogo Otro

Sí No ¿Alguna vez ha usado auxiliares auditivos?

Si es así, ¿los utiliza actualmente? Sí No

Si es así, ¿qué tipo de auxiliares auditivos tiene? \_\_\_\_\_

Marque la casilla de la imagen que se parezca a sus audífonos:



¿Hace cuánto tiempo que usa auxiliares auditivos? \_\_\_\_\_

¿En que oído los usa? Ambos Solo derecho Solo izquierdo

¿Los usa con regularidad? Sí No

¿Oye mejor con los auxiliares auditivos? Sí No

¿Qué cosas le gustan de sus auxiliares auditivos? \_\_\_\_\_

¿Qué cosas no le gustan de sus auxiliares auditivos? \_\_\_\_\_

Sí No ¿Alguna vez ha comprado y devuelto unos auxiliares auditivos?

Si es así, ¿por qué los devolvió? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra información relacionada con su audición que sería importante que supiéramos?

---

---

## EVALUACIÓN DE NECESIDADES AUDITIVAS

Marque el círculo del número adecuado, tomando en cuenta que 1 es lo peor y 10 es lo mejor: ¿Cómo calificaría su audición en general sin usar auxiliares auditivos?

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 ----- 10  
Peor Mejor

---

Enumere las tres situaciones principales en que le gustaría oír mejor. Sea lo más preciso posible.  
Por ejemplo: "Me gustaría oír a mi hija en el celular cuando hablamos cada domingo".

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

---

Algunos aspectos de los auxiliares auditivos podrían parecerle más importantes que otros. Escriba 1 al lado del aspecto más importante, 2 en el próximo más importante, 3 en el tercero más importante y 4 en el menos importante.

\_\_\_\_\_ Tamaño del auxiliares auditivos y que los demás no puedan verlo

\_\_\_\_\_ Su capacidad de oír y entender mejor cuando le hablen

\_\_\_\_\_ Mejorar su capacidad de entender cuando le hablen en entornos ruidosos (ej., restaurantes, fiestas)

\_\_\_\_\_ Costo de los auxiliares auditivos

---

Seleccione la afirmación que sea más cierta en su caso:

Prefiero que mis auxiliares auditivos que sean automáticos, de modo que no tenga que ajustarles nada.

Prefiero ajustar el volumen y cambiar los programas de audición de mis auxiliares auditivos según me parezca.

No tengo preferencias.

---

Sí No Estoy interesado en tener mis servicios de seguimiento mediante citas de tipo remoto, así como los ajustes que requieran mis auxiliares auditivos, por medio de un dispositivo inteligente como un celular o tableta.

Sí No Me interesa escuchar el sonido de aparatos como el celular, la tableta o la televisión a través de mis audífonos.

Me gustaría tener conectividad con los siguientes tipos de aparatos:

iPhone

Celular Android

Otro celular: \_\_\_\_\_

iPad

Tableta Android

Otra tableta: \_\_\_\_\_

TV

Computadora

Otro aparato de audio: \_\_\_\_\_

## AVISO DE PRIVACIDAD

He leído el Aviso sobre Prácticas de Privacidad del Centro de Salud de Costco, (el "Aviso") y entiendo que Costco Wholesale usará toda mi información médica en conformidad con dicho Aviso.

\_\_\_\_\_  
Iniciales del socio

## DECLARACIÓN INFORMATIVA

Para ajustarle un auxiliar auditivo hecho a la medida, se necesita tomar un molde exacto de su canal auditivo. En algunos casos podría sentir molestias menores, en el momento de insertar el material para tomar el molde y luego al momento de retirarlo. De vez en cuando podría también haber algunos efectos secundarios posteriores temporales, entre ellos: palpitación, abrasión en el canal auditivo, enrojecimiento, dolor, hematoma o sangrado. Si ocurriera algún problema, aunque es muy raro que ocurra, usted debe buscar el debido tratamiento médico.

\_\_\_\_\_  
Iniciales del socio

## CONSIDERACIONES MÉDICAS IMPORTANTES PARA EL AJUSTE DE AUDÍFONOS

### ADVERTENCIA: Cuándo ver a un médico

Si tiene alguno de los problemas que se muestran a continuación, por favor consulte a un médico, de preferencia a un otorrinolaringólogo (médico especialista en oídos, nariz y garganta).

- Su oreja presenta un defecto de nacimiento o una forma inusual. Su oreja se lesionó o resultó con deformaciones en un accidente.
- Vio sangre, pus o líquido salir de su oído en los últimos 6 meses
- Le duele el oído o siente incomodidad en el mismo
- Tiene mucho cerumen en el oído, o piensa que podría tener algo dentro del oído
- Se marea bastante o siente que todo le da vueltas o que se desvanece (afección conocida como vértigo)
- Su audición cambió de repente en los últimos 6 meses
- Su audición cambia: empeora y después vuelve a estar bien
- Escucha peor en un oído
- Escucha un silbido o zumbido sólo en un oído

## PARA EL PERSONAL EXCLUSIVAMENTE

He revisado el Historial Clínico Confidencial y la Declaración Informativa con el socio.

Firma del personal licenciado del Centro auxiliares auditivos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Núm. de licencia: \_\_\_\_\_

Sello/Etiqueta del dispensador