|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Texas Workforce Commission**  **Servicios de Rehabilitación Vocacional**  **Informe de evaluación de la audición Cuestionario para el cliente** | | |
| **Instrucciones** | | | |
| Complete toda la información y preguntas de este formulario. | | | |
| **Información del cliente** | | | |
| Nombre del cliente: | | | Identificación del caso: |
| Teléfono: | | | Fecha de nacimiento: |
| **Cuestionario para el cliente** | | | |
| Para ser completada por el consejero o el cliente antes o durante la entrevista de diagnóstico. | | | |
| Discapacidad comunicada: | | | |
| Motivo de la remisión: | | | |
| Fuente de remisión: | | | |
| **Información sobre la discapacidad auditiva** | | | |
| ¿Cuándo fue la primera vez que observó su pérdida o problema de audición? | | | |
| ¿Ocurrió lentamente o de repente? | | | |
| ¿Hay antecedentes familiares de pérdida de audición?  Sí  No | | | |
| Si es así, ¿en quién? | | | |
| ¿Qué causó su pérdida de audición? | | | |
| ¿Tiene dolor en los oídos?  Sí  No | | ¿Tiene drenaje en los oídos?  Sí  No | |
| ¿Hay ruido en su cabeza o en sus oídos? (seleccione uno)  Ninguno  Rara vez  Frecuentemente | | | |
| ¿Es el mareo o el equilibrio un problema? (seleccione uno)  Ninguno  Rara vez  Frecuentemente | | | |
| ¿Cuándo oye mejor? | | | |
| ¿Cuándo tiene más dificultad para oír? | | | |
| ¿Puede entender lo que se dice por teléfono?  Sí  No | | | |
| ¿Puede entender lo que se dice en la televisión?  Sí  No | | | |
| ¿Puede entender lo que se dice en la radio?  Sí  No | | | |
| ¿Tiene dificultad para localizar el sonido?  Sí  No | | | |
| ¿Alguna vez ha usado un audífono?  Sí  No | | | |
| ¿Edad en la que se usó un audífono por primera vez? | | | |
| ¿Ayudan los audífonos?  Sí  No | | | |
| Si no, ¿por qué no? | | | |
| ¿Hay algo malo con sus audífonos actuales? | | | |
| ¿Ha tenido entrenamiento de habla?  Sí  No | | | |
| ¿Ha tenido entrenamiento de lectura de labios?  Sí  No | | | |
| Enumere las formas en que se comunica: | | | |
| Describa cualquier condición visual, cognitiva y/o física que tenga y que afecte a su capacidad de comunicación: | | | |
| ¿Perdió un trabajo, no consiguió un trabajo o cambió de trabajo debido a sus problemas de audición? | | | |
| Si está empleado, ¿qué problemas de audición tiene en el trabajo? | | | |
| Otra información sobre sus problemas de audición. | | | |