|  |  |
| --- | --- |
|  | **Texas Workforce Commission****Servicios de Rehabilitación Vocacional****Informe de evaluación de la audiciónCuestionario 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.      |