



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 02 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0584). Do not return the completed form to this address.

OMB#: 0925-0584
Exp. 2/28/2011

HCHS/SOL Hearing Exam Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

- ¿Siente usted que ha perdido la capacidad de oír?

No	0	<input type="checkbox"/>	→	GO TO QUESTION 5
Sí	1	<input type="checkbox"/>		
No sabe/rehusó	9	<input type="checkbox"/>	→	GO TO QUESTION 5
- ¿Cuál es su mejor oído?

Izquierdo	1	<input type="checkbox"/>
Derecho	2	<input type="checkbox"/>
No hay diferencia	3	<input type="checkbox"/>
No sabe/rehusó	9	<input type="checkbox"/>
- ¿Fue la pérdida de su audición de repente o poco a poco?

De repente	1	<input type="checkbox"/>
Poco a poco	2	<input type="checkbox"/>
No sabe/rehusó	9	<input type="checkbox"/>
- ¿Cuántos años tenía usted cuando comenzó su pérdida de audición?

Menor de 5 años	1	<input type="checkbox"/>
De 5 a 19 años	2	<input type="checkbox"/>
De 20 a 29 años	3	<input type="checkbox"/>
De 30 a 39 años	4	<input type="checkbox"/>
De 40 a 49 años	5	<input type="checkbox"/>
De 50 a 59 años	6	<input type="checkbox"/>
De 60 a 69 años	7	<input type="checkbox"/>
70 años o más	8	<input type="checkbox"/>
No sabe/rehusó	9	<input type="checkbox"/>

B. Tinnitus

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

No	0	<input type="checkbox"/>	→	GO TO QUESTION 10
Sí	1	<input type="checkbox"/>		
No sabe/rehusó	9	<input type="checkbox"/>	→	GO TO QUESTION 10
- Por lo general, ¿dura este ruido más de 5 minutos?

No	0	<input type="checkbox"/>		Sí	1	<input type="checkbox"/>		No sabe/rehusó	9	<input type="checkbox"/>
----	---	--------------------------	--	----	---	--------------------------	--	----------------	---	--------------------------

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

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

- | | | | | |
|----------------|---|--------------------------|---|--------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> | → | GO TO QUESTION 16 |
| Sí | 1 | <input type="checkbox"/> | | |
| No sabe/rehusó | 9 | <input type="checkbox"/> | → | GO TO QUESTION 16 |

15. ¿Tiene tubos en sus oídos actualmente?

- | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Sí, en el derecho | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Sí, en el izquierdo | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Sí, en uno (desconoce el lado) | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Sí, en ambos lados | 4 | <input type="checkbox"/> |
| No sabe/rehusó | 9 | <input type="checkbox"/> |

16. ¿Alguna vez ha tenido un neuroma acústico?

- | | | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|----|---|--------------------------|----------------|---|--------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> | Sí | 1 | <input type="checkbox"/> | No sabe/rehusó | 9 | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|----|---|--------------------------|----------------|---|--------------------------|

17. ¿Alguna vez ha tenido un colesteatoma?

- | | | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|----|---|--------------------------|----------------|---|--------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> | Sí | 1 | <input type="checkbox"/> | No sabe/rehusó | 9 | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|----|---|--------------------------|----------------|---|--------------------------|

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

- | | | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|----|---|--------------------------|----------------|---|--------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> | Sí | 1 | <input type="checkbox"/> | No sabe/rehusó | 9 | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|----|---|--------------------------|----------------|---|--------------------------|

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

- | | | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|----|---|--------------------------|----------------|---|--------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> | Sí | 1 | <input type="checkbox"/> | No sabe/rehusó | 9 | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|----|---|--------------------------|----------------|---|--------------------------|

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

- | | | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|----|---|--------------------------|----------------|---|--------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> | Sí | 1 | <input type="checkbox"/> | No sabe/rehusó | 9 | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|----|---|--------------------------|----------------|---|--------------------------|

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

- | | | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|----|---|--------------------------|----------------|---|--------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> | Sí | 1 | <input type="checkbox"/> | No sabe/rehusó | 9 | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|----|---|--------------------------|----------------|---|--------------------------|

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

- | | | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|----|---|--------------------------|----------------|---|--------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> | Sí | 1 | <input type="checkbox"/> | No sabe/rehusó | 9 | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|----|---|--------------------------|----------------|---|--------------------------|