

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-XXXX). Do not return the completed form to this address.



# 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 7/04/07

Contact Occasion

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

SEQ #

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Acrostic: \_\_\_\_\_

## ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:   /   /

Month                      Day                      Year

0b. Staff ID:

**Instructions:** No proxy respondents. These questions must be asked *before* the hearing examination begins. Encourage participants to select the answer that best fits their experiences. Mark only one response per item.

### A. Self Assessed Hearing Loss

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

No	0	<input type="checkbox"/>	→	<b>GO TO QUESTION 5</b>
Sí	1	<input type="checkbox"/>		
No sabe/rehusó	9	<input type="checkbox"/>	→	<b>GO TO QUESTION 5</b>

2. ¿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"/>

3. ¿Fue la pérdida de su audición repentina (de repente) o gradual (poco a poco)?

Repentina (de repente)	1	<input type="checkbox"/>
Gradual (poco a poco)	2	<input type="checkbox"/>
No sabe/rehusó	9	<input type="checkbox"/>

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

Menor de 5 años	1	<input type="checkbox"/>
De 5 a 19 año	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

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

No	0	<input type="checkbox"/>	→	<b>GO TO QUESTION 10</b>
Sí	1	<input type="checkbox"/>		
No sabe/rehusó	9	<input type="checkbox"/>	→	<b>GO TO QUESTION 10</b>

6. 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 ruido 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, rugidos 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  → **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, problemas de las fosas nasales o sinusitis 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