

TEST DE LING

Datos personales

Nombre del paciente _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____
 Informante _____

Historia clínica

Presenta Hipoacusia NO
 SI Diagnóstico: _____
 Inicio de HA: _____

Otras evaluaciones de percepción acústica:

<input type="checkbox"/> Test Ling	Observaciones: _____
<input type="checkbox"/> IT MAISS	Observaciones: _____
<input type="checkbox"/> Escala: edades auditivas verbales	Observaciones: _____
<input type="checkbox"/> MUSS	Observaciones: _____
<input type="checkbox"/> MAIS	Observaciones: _____
<input type="checkbox"/> ESP verbal baja	Observaciones: _____
<input type="checkbox"/> PIP S	Observaciones: _____
<input type="checkbox"/> PIP C10	Observaciones: _____
<input type="checkbox"/> PIP C20	Observaciones: _____
<input type="checkbox"/> PIP C25	Observaciones: _____
<input type="checkbox"/> PIP C50	Observaciones: _____
<input type="checkbox"/> PIP V	Observaciones: _____
<input type="checkbox"/> Matriz de vocales y consonantes	Observaciones: _____
<input type="checkbox"/> OFA- N	Observaciones: _____
<input type="checkbox"/> GASP	Observaciones: _____

Implementación:

NO
 SI Audífono _____
 Implante coclear _____

Registro

Indicaciones: "Repita despues de mi /mmmm/"

Frecuencias	Sonidos	Respuestas		
		30 cm.	5 mt.	A través de la puerta
Graves	/m/	___/5	___/5	___/5
	/a/	___/5	___/5	___/5
	/e/	___/5	___/5	___/5
	/u/	___/5	___/5	___/5
	/ch/	___/5	___/5	___/5
Agudas	/s/	___/5	___/5	___/5

Observaciones: _____

Recopilado por:

_____ *Valeria Osorio Ubillo*

Fonoaudióloga

Fecha: ___/___/___.