

TEST DE LING

Datos personales

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

História 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: "Repite despues de mi /mmmmmm/"

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
	/s/	____/5	____/5	____/5
Agudas				

Observaciones: _____

Recopilado por: _____

Valeria Osorio Ubillo

Fonoaudióloga

Fecha:

____/____/____.