

Test

Responda a las siguientes cuestiones marcando la frecuencia con que aparecen dichos síntomas.

		CASI SIEMPRE	FRECUNTEMENTE	A VECES	NUNCA
1	Tengo problemas para escuchar bien por teléfono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tengo dificultades para seguir una conversación cuando dos personas o más hablan al mismo tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Mi familia se queja de que pongo la televisión muy fuerte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tengo que esforzarme para entender algunas conversaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Tengo dificultad al oír determinados sonidos como el teléfono o el timbre de la puerta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	No soy capaz de localizar por dónde vienen algunos sonidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Tengo dificultad en seguir conversaciones en ambientes ruidosos como reuniones, restaurantes, cafeterías.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Necesito que me repitan algunas frases porque entiendo mal determinadas palabras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	He trabajado en ambientes ruidosos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Me parece que la gente con la que hablo no pronuncia bien, habla entre dientes o no habla claramente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	En casa se molestan porque confundo lo que me han dicho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	No entiendo bien lo que me dicen y contesto de forma inapropiada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Evito las actividades sociales o reuniones por este motivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Pregúntele a un miembro de su familia o a un amigo si piensa que usted no oye bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI RESPONDE AFIRMATIVAMENTE A MÁS DE SIETE CUESTIONES, DEBERÍA REALIZARSE UN TEST AUDITIVO