

Formulario de Evaluación de Comunicación

Instrucciones para el Cliente

- Por favor escriba en letras cursivas o de molde con una pluma.
- Tómese su tiempo para responder a estas preguntas con mucho detalle.
- ***¿Por qué hay tantas preguntas?***
 - En la mayoría de las preguntas solamente se necesita marcar la casilla y por eso no tomará mucho tiempo para completar.
 - La información que usted aporta ayuda a descubrir lugares en su hogar, su trabajo y la escuela adonde existen asuntos de comunicación que a usted le gustaría mejorar o que limitan que tan bien hace usted su trabajo.
 - Necesitamos todos los detalles de su teléfono y empleo para poder recomendar los productos que son compatibles con los que ya tiene.
- Agregue detalles, especialmente si usted tiene muchas dificultades en cualquier tema.
 - Trate de responder a todas las preguntas si usted puede, no omita ninguna.

Formulario de Evaluación de Comunicación

Fecha de hoy _____

Nombre _____

Consejero(a) Rehabilitación Vocacional _____

Audiograma proporcionado

Recomendación para audífono proporcionada

1. Historia Personal

1.1. ¿Cómo se comunica con otros? Marque todos los que le apliquen.

- Lengua de señas
- Deletreo manual
- Hablando e escuchando
- Lectura de labios y gestos & lectura de labios
- Les digo a las personas cómo hablarme

1.2. ¿Cómo describiera su pérdida de audición sin audífonos?

- Leve a moderado
- Moderado a severo
- Severo a profundo
- Profundo
- No sé

1.3. ¿Cuándo se practicó su último audiograma? _____

1.4. ¿Qué edad tenía cuando se dio cuenta de su pérdida de audición? _____

1.5. ¿Les dice a otros de su pérdida de audición? Sí No

1.6. ¿Piensa usted que su familia es comprensiva con su pérdida de audición? Sí No

1.7. ¿Qué hace usted cuando no entiende a alguien? _____

Historia de dispositivo de audífono

1.8. ¿Actualmente tiene audífonos o tiene un implante coclear (CI por sus siglas en inglés)?

- Sí – **Siga a la pregunta 1.9**
- No ----- **Siga hasta la pregunta 2.1**

1.9. ¿Qué tipo de tecnología auditiva tiene actualmente?

- Dispositivo(s) audífono(s) detrás de la oreja- (BTE por sus siglas en inglés)
- Audífono(s) especializado(s) dentro de la oreja
- Implante coclear de procesador del habla puesto sobre el cuerpo
- Implante Coclear de procesador del habla
- Otro _____

1.10. ¿Por cuántos años ha utilizado audífonos o CIs? _____

1.11. Usa usted audífonos con: Marque todos los que le apliquen Teléfono Celular

1.12. ¿Utiliza el interruptor "T" (conocido como tele-bobina o interruptor telefónico)? Sí No

1.13. ¿Hace el teléfono un chillido cuando pone el auricular a su oreja? Sí No

1.14. ¿Utiliza un Conector Bluetooth con su audífono? Sí No

2. Información de Empleo

2.1. Información de empleo actual:

Yo trabajo Tiempo completo Medio tiempo

No tengo empleo Estoy buscando empleo Estudiante Ama de casa

2.2. Empleador _____

2.3. Cargo de su empleo _____

2.4. Anote sus responsabilidades de empleo más esenciales

2.5. Tipo de trabajo deseado: _____

3. Asuntos de Comunicación

Si busca trabajo, complete lo siguiente basado en la experiencia previa de trabajo.

3.1. Describa dónde y cuándo es difícil oír a su supervisor, compañeros del trabajo y/o sus clientes.

3.2. ¿Se han dado cuenta otras personas en el trabajo que tiene dificultades para oír? Sí No

3.3. ¿Se siente agotado/a o exhausto/a al fin del día? Sí No

3.4. ¿Siente que las personas en el trabajo lo apoyan? Sí No

3.5. ¿Finge usted poder oír o entender, aunque no puede? Sí No

3.6. ¿Puede oír a otros cuando no hay mucho ruido? Sí No

3.7. ¿Se le hace difícil entender cuando hay ruidos en el fondo? Sí No

3.8. ¿Usted trata de evitar situaciones adonde se le dificulta entender? Sí No

¿Cuándo? _____

3.9. Comparta sus ideas que usted piensa le ayudarían más en el trabajo.

4. Equipo Especializado Utilizado

4.1. Marque todos que le apliquen si se requiere que usted utilice equipo, así como:

Carretilla elevadora Estetoscopio Radio Bidireccional Otro

Si 'otro' es seleccionado, haga favor de anotar el tipo de equipo: _____

5. Asuntos de seguridad del trabajo

5.1. ¿Utiliza tapones para los oídos? Sí No

5.2. ¿Utiliza orejeras auriculares para la protección de sus oídos? Sí No

5.3. ¿Existe algún sistema para alertarlo a emergencias? Sí No

¿Si marca Sí, puede oír la alerta de emergencia? Sí No

5.4. ¿Es necesario que usted oiga el equipo o las alertas de emergencia? Sí No

Si es sí, ¿qué tipo? _____

6. Necesidades para juntas o capacitación laboral

6.1. ¿A cuántas reuniones asiste usted por mes? **Si es ninguna, siga con la pregunta #6.5** _____

6.2. ¿Cuántas personas asisten a estas juntas? _____

6.3. Tipos de configuraciones en el salón laboral. Marque todos los que aplican.

Una o dos mesas para conferencias Mesas para conferencias configuradas en filas

Mesas rectangulares para conferencias Comedor En el piso en la tienda/almacén/fábrica con la gente de pie

6.4. ¿Usted utiliza una plataforma remota para conferencias de video para poder participar en las juntas? Sí No

Si marcó sí, ¿se le dificulta oír durante la junta? Sí No

6.4. ¿Le gustaría recibir una copia de "Good Meeting Rules"? (Reglas para una Buena Junta)

Sí No

6.5. Marque todos los servicios de apoyo que usted conoce:

Intérprete Dispositivo para tomar apuntes CART subtítulos Sistema de FM No sé

6.6. ¿Asiste a la escuela o clases de capacitaciones? Sí No – **Si es no, siga con #7.1**

6.7. ¿Estas son clases en línea? Sí No

6.8. ¿Puede oír al instructor? Sí No

6.9. ¿Puede oír a sus compañeros en el salón escolar? Sí No

6.10. ¿Se le dificulta seguir las clases hasta que terminan? Sí No

7. Comunicación

¿Tiene dificultades escuchando voces sobre el teléfono? Sí No

Si es sí, marque todos los que aplican Teléfono (fijo) Celular Teléfono del empleo

7.1. Por favor elija el tipo de teléfono que tiene en su trabajo.

Teléfono tradicional sobre el escritorio Teléfono inalámbrico Celular Otro _____

7.2. ¿Tiene el teléfono control de volumen? Sí No

7.3. ¿Su teléfono laboral es sistema digital o de VOIP? Sí No No sé

7.4. ¿Contesta usted el teléfono en diferentes áreas? Sí No

7.5. ¿Se le dificulta oír timbre del teléfono? Sí No

7.6. ¿Aproximadamente cuántas llamadas puede manejar en un día? _____

7.7. Describa cualquier problema con el teléfono laboral. _____

7.8. ¿Tiene usted un celular personal? Sí No – Si es no, siga con #7.11

7.9. ¿Utiliza este celular para su trabajo? Sí No

7.10. ¿Qué tan frecuente se le dificulta entender a alguien sobre el teléfono?

Siempre A veces Rara vez

7.11. ¿Tiene usted un teléfono fijo en su hogar? Sí No

7.12. ¿Tiene usted servicio del internet de alta velocidad? Sí No

8. Necesidades de Alertas del Hogar

8.1 Identifique todas las situaciones que se le dificultan oír: Marque todos los que aplican.

Despertador	<input type="checkbox"/>	Detector de humo	<input type="checkbox"/>
Timbre del teléfono fijo	<input type="checkbox"/>	Timbre del celular	<input type="checkbox"/>
Timbre de la puerta del hogar	<input type="checkbox"/>	Oír tocar en la puerta	<input type="checkbox"/>
Televisión/estéreo/radio	<input type="checkbox"/>		

8.2 Situaciones familiares:

Identifique las situaciones sociales que se le dificultan-marque todos que le aplican.

- Conversaciones cara a cara en el banco, el trabajo, con doctores, etcétera.
- En grupos pequeños (5 o menos) en restaurantes, reuniones de familia, etcétera.
- En grupos grandes (6 o más)
- Mientras viaja en el automóvil

Por favor describa las situaciones más importantes y difíciles que usted desea mejorar.

8.3. _____

8.4. ¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre cualquiera otra área que le preocupa?

8.5. Marque todas las áreas en las cuales desea más información:

- Estrategias de Comunicación Lectura de labios y gestos Tecnología de apoyo Apoyo/Recursos

Esta sección se debe completar en conjunto con su especialista de VR.

Referencia a la Sociedad de Tecnología de Asistencia para Dispositivos de Asistencia Auditiva (ALD por sus siglas en inglés)

8.24. Utilice esta escala para medir su nivel de conocimiento con la nueva tecnología. Anote # _____

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

¡La aborrezco!

La puedo utilizar si me enseñan

Me encanta la nueva tecnología

El/la especialista y yo hemos decidido que es necesario una referencia al ATP para posibles ALDs.

El/la especialista y yo hemos decidido que no es necesario una referencia al ATP para posibles ALDS.

El/la especialista y yo hemos decidido referirlo con Nebraska *Specialized Telecommunications Equipment Program* (NSTEP por sus siglas en inglés) a través de la Comisión de Nebraska para los Sordos e Hipoacúsicos para determinar si califica para equipo gratis.

El/la especialista y yo hemos decidido aplazar la remisión a ATP hasta un momento más apropiado durante los servicios de VR.

Nombre del especialista: _____ Fecha: _____