

SATISFACCION CON LA AMPLIFICACION EN LA VIDA DIARIA

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO ___ / ___ / ___ FECHA _____

INSTRUCCIONES:

A continuación hay unas preguntas acerca de sus audífonos. Por favor, marque con un círculo la letra que representa su mejor respuesta, para cada pregunta. La lista de palabras a la derecha da el significado de cada letra.

Recuerde que las respuestas deben representar sus opiniones generales acerca de los audífonos que está usando ahora o los que haya usado más recientemente

- A. Nada
- B. Un poco
- C. Algo
- D. Medianamente
- E. Considerablemente
- F. Mucho
- G. Tremendamente

1. ¿Le ayudan sus audífonos a entender a las personas con quienes habla frecuentemente, cuando lo compara con escucharlas sin audífonos?..... A B C D E F G
2. ¿Se frustra cuando sus audífonos recogen otros sonidos que no lo dejan oír lo que usted quiere oír? A B C D E F G
3. ¿Está convencido que obtener sus audífonos fue su mejor decisión? A B C D E F G
4. ¿Piensa que la gente nota más su pérdida de audición, cuando usa sus audífonos? A B C D E F G
5. Sus audífonos, ¿reducen la cantidad de veces que tiene que pedirle a las personas que repitan ? A B C D E F G
6. ¿Piensa que sus audífonos valen la pena, a pesar de las molestias que ocasionan? A B C D E F G
7. ¿Le molesta el no poder obtener suficiente volumen de sus audífonos, sin que piten? A B C D E F G
8. ¿Cuán contento está usted con la apariencia de sus audífonos?..... A B C D E F G
9. ¿Mejora su confianza en si mismo, cuando usa sus audífonos?..... A B C D E F G
10. ¿Cuán natural es el sonido que recibe de sus audífonos?..... A B C D E F G
11. ¿Cuánto le ayudan sus audífonos cuando usa la MAYORIA de los teléfonos que NO tienen amplificador o bocina?
(Si usted oye bien por teléfono sin sus audífonos, marque aquí.) ... A B C D E F G
12. ¿Cuán competente fue la persona que le dió sus audífonos?..... A B C D E F G

- A. Nada
- B. Un poco
- C. Algo
- D. Medianamente
- E. Considerablemente
- F. Mucho
- G. Tremendamente

13. ¿Piensa que el uso de sus audífonos lo hace ver menos capacitado?..... A B C D E F G
14. ¿Le parece razonable el costo de sus audífonos?..... A B C D E F G
15. ¿Cuán contento está usted con la calidad de sus audífonos?(en relación a cuántas veces que mandar a repararlos)..... A B C D E F G

Por favor, conteste las siguientes preguntas adicionales.

EXPERIENCIA CON LOS AUDIFONOS ACTUALES	EXPERIENCIA TOTAL CON EL USO DE AUDIFONOS (incluyendo todos sus audífonos viejos y los que usa actualmente)	USO DIARIO DE LOS AUDIFONOS	GRADO DE DIFICULTAD PARA OIR (sin usar audífonos)
<input type="radio"/> menos de 6 semanas <input type="radio"/> 6 semanas a 11 meses <input type="radio"/> 1 a 10 años <input type="radio"/> más de 10 años	<input type="radio"/> menos de 6 semanas <input type="radio"/> 6 semanas a 11 meses <input type="radio"/> 1 a 10 años <input type="radio"/> más de 10 años	<input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> menos de 1 hora diaria <input type="radio"/> 1 a 4 horas diarias <input type="radio"/> 4 a 8 horas diarias <input type="radio"/> 8 a 16 horas diarias	<input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> leve <input type="radio"/> moderado <input type="radio"/> moderadamente severo <input type="radio"/> severo

Comentarios adicionales _____