



*Según el censo de Población y Vivienda realizado en 2010, tenemos los siguientes datos:
Total de personas con DC auditiva en estado de Querétaro: 7,137
Total de personas con DC auditiva en el municipio de Qro.: 2,448
Con tu información, nos facilitarás trabajar de una manera más organizada y efectiva

ROMPIENDO PARADIGMAS

Formato de registro

Fecha: _____

Datos personales:

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre

Fecha de nacimiento: _____
Día Mes Año

Celular: _____

Teléfono: _____

Sexo: Femenino ☐
Masculino ☐

Correo: _____

CURP:

Dirección: _____

Estudios y desarrollo integral:

Nivel máximo de estudios/carrera: _____

Institución educativa actual: _____

Dirección: _____

Nivel de dominio del español escrito: Alto ☐
Medio ☐
Bajo ☐

Teléfono: _____

Correo: _____

Nivel de dominio de la Lengua de Señas Mexicana: Alto ☐
Medio ☐
Bajo ☐

Lengua dominante: Lengua Oral ☐
Lengua de Señas Mexicana ☐

¿Su familia domina o conoce la LSM? _____

¿Medio de comunicación que utiliza con su familia? _____

Empleo:

Ocupación: _____

Teléfono: _____

Sueldo: _____

Correo: _____

Dirección: _____

ROMPIENDO PARADIGMAS

Formato de registro

Estado civil:

**Nombre del
cónyuge:**

Apellido paterno Apellido materno Nombre

No. hijos: _____

**Nombre de
los hijos:**

(Apellido paterno/apellido materno/nombre)

**Fecha de
nacimiento:** (Día/mes/año)

**¿Alguno de
sus familiares
es sordo?**

Si ☐ No ☐

¿Quién(es)?

**Discapacidad Auditiva y
estado de salud:**

**¿Tienes discapacidad
auditiva?** Si ☐ No ☐

**¿Ha realizado examen de
audiometría?** Si ☐ No ☐

¿Utiliza auxiliar(es) auditivo(s)? Si ☐ No ☐

¿Utiliza un implante coclear? Si ☐ No ☐

¿Cuál(es)? (Marca y tipo)

**Tipología de pérdida
de audición:**

**Fecha de pérdida
de audición:** (Exacta o aproximada) _____

**Pérdida unilateral o
bilateral, especificar:** (Oído izquierdo/oído derecho) _____

**Grado de pérdida
de audición:** (Nivel y decibelios) _____

**Causa de la pérdida
de la audición:** _____

ROMPIENDO PARADIGMAS

Formato de registro

Tipo de pérdida de audición: _____	¿La pérdida de audición sobrevino antes, mientras o después de adquirir el lenguaje oral? _____
¿Enfermedades y/o alergias? _____	_____
¿Presenta alguna otra discapacidad? (Especificar) _____	_____
Observaciones: _____	_____

Información auxiliar:

Grado de pérdida de audición:

Pérdida auditiva leve:
Umbral entre 20 y 40 dB. ☐

Pérdida auditiva profunda:
Umbral superior a 90 dB. ☐

Pérdida auditiva media:
Umbral entre 40 y 70 dB. ☐

Pérdida auditiva total:
Cofosis ☐

Pérdida auditiva severa:
Umbral entre 70 y 90 dB. ☐

Causa de pérdida de audición:

Sordera hereditaria ☐

Lesiones físicas ☐

Problemas asociados:
(Dificultades visuales, motoras, cognitivas) ☐

Malformación del oído ☐

Dificultades como:
Rubeola, incompatibilidad del factor RH ☐

Infecciones de oído ☐

Medicamentos ☐

Lesiones en el oído externo, oído medio u oído interno ☐

Trauma craneal ☐

Tumores
(Neurinoma del acústico) ☐

Tipo de pérdida de audición:

Pérdida auditiva conductiva ☐
Pérdida auditiva neurosensorial ☐

Pérdida auditiva mixta ☐
Pérdida auditiva retrococlear ☐