

ACTIVITY 8E

HEARING HANDICAP INVENTORY FOR THE ELDERLY – SCREENING VERSION (HHIE-S)



SPANISH LANGUAGE VERSION

INTRODUCTION: Ahora, tengo unas preguntas sobre como se siente en cuanto a su audición. Para cada frase, favor de decirme si la frase le describe, no le describe, o le describe a veces.

1. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le causa vergüenza cuando usted conoce por primera vez a las personas? ¿Diría Ud que

No _____ Si _____ A veces _____

2. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le causa que se sienta frustrado/ frustrada o confundido cuando está hablando con miembros de su familia?

No _____ Si _____ A veces _____

3. ¿Tiene usted dificultad en oír cuando alguien habla en voz baja?

No _____ Si _____ A veces _____

4. ¿Se siente usted con desventaja física a causa de su problema auditivo (de no oír bien)?

No _____ Si _____ A veces _____

5. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le causa a usted dificultad en visitar a los amigos, parientes o vecinos?

No _____ Si _____ A veces _____

6. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le ocasiona que no puede asistir tan seguido como quisiera a servicios religiosos?

No _____ Si _____ A veces _____

7. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le causa que tenga discusiones con los miembros de su familia?

No _____ Si _____ A veces _____

8. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le causa problemas cuando escucha la televisión o radio?

No _____ Si _____ A veces _____

9. ¿Cree usted que cualquier dificultad con su problema auditivo (de no oír bien) lo limita o le pone obstáculos en su vida personal y social?

No _____ Si _____ A veces _____

10. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le causa dificultades cuando se encuentra en un restaurante con parientes y amigos?

No _____ Si _____ A veces _____

Total 'No' _____ X 0 = _____

Total 'Si' _____ X 4 = _____

Total 'A veces' _____ X 2 = _____

TOTAL SCORE _____