

Niño Historia

Por favor, escriba las respuestas en inglés donde es posible.

Nobre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Persona de Contacto: _____

Número de Teléfono: _____

Fecha: _____

1. ¿Enfermedad o síndrome?
(Medical illness or syndrome?)
por favor explique: _____
Sí _____ No _____
2. ¿Sospecha pérdida auditiva?
(Do you suspect a hearing loss?)
¿Por qué? _____
Sí _____ No _____
3. ¿Dolor o supuración de los oídos?
(Pain or drainage from ears?)
Sí _____ No _____
4. ¿Historial de problemas del oído medio?
(History of middle ear infections?)
Sí _____ No _____
5. ¿Última infección del oído medio?
(Last middle ear infection?)

6. ¿Historia de tubos de PE?
(History of PE tubes?)
Sí _____ No _____
7. Medicamentos:
(Medications)

8. ¿Antecedentes familiares de pérdida auditiva?
(Family history of hearing loss?)
Sí _____ No _____
9. ¿Complicaciones durante parto o nacimiento?
(Complications with pregnancy/delivery?)
Ictericia _____ Enfermedad _____ Ventilador _____
Prematuro _____ NICU _____ Otro _____
10. Resulta dos anteriores de evaluación auditiva
(Results of previous hearing screenings?)
pasar _____ fallar _____
11. ¿Retraso en el lenguaje?
(Speech/language delays?)
Sí _____ No _____
12. ¿Retraso en el desarrollo?
(Developmental delays?)
Sí _____ No _____
13. Rendimiento escolar:
(School performance?)
debajo de la media _____ promedio _____ sobresale _____
14. Clases de educación especial
(Resource Class?)

15. ¿Diagnóstico de déficit de atención?
(Diagnosis for attention deficits?)
Sí _____ No _____

INFANTIL

16. ¿Responde a los estímulos auditivos?
(Responsive to auditory stimuli?)
Sí _____ No _____
17. ¿Cómo él/ella busca el origen de los sonidos?
(Does he/she look for the source of sounds?)
Sí _____ No _____
18. ¿Como él/ella responde a ruidos fuertes?
(Startle to loud sounds?)
Sí _____ No _____

Comentarios adicionales: _____

Médico de atención primaria: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

También informe a: _____