



# Evaluación de la salud auditiva pediátrica

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Pronombres \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Idioma nativo \_\_\_\_\_ Idioma primario \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Nombre del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección (si es diferente) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Residencial

Laboral

Celular

(MARQUE UNO)

Residencial

Laboral

Celular

(MARQUE UNO)

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Persona que llena el formulario \_\_\_\_\_

Hospital de nacimiento \_\_\_\_\_ Nombre del pediatra \_\_\_\_\_

Referido por \_\_\_\_\_

## Seguro:

Primario \_\_\_\_\_ Secundario \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_ Nombre del afiliado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del afiliado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del afiliado \_\_\_\_\_

Número de teléfono y dirección del afiliado \_\_\_\_\_

¿Qué le preocupa de la audición de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la primera vez que se notó la pérdida de audición? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez antes le había examinado la audición a su hijo(a)? (incluyendo evaluación de bebés recién nacidos)  Sí  No

En caso AFIRMATIVO, ¿cuándo? ¿Dónde? \_\_\_\_\_

Resultados \_\_\_\_\_

¿Hay algún historial familiar de pérdida de la audición en la niñez?  Sí  No

En caso AFIRMATIVO, ¿parentesco con el/la niño(a)? \_\_\_\_\_

¿Puede captar la atención de su hijo(a) al llamar su nombre?  Sí  No

¿Su hijo(a) entiende lo que usted dice?  Sí  No

¿Su hijo(a) sigue instrucciones correctamente?  Sí  No

¿Tiene preocupaciones con el habla de su hijo(a)?  Sí  No

En caso AFIRMATIVO, explique. \_\_\_\_\_

¿Le preocupa cómo le va a su hijo(a) en la escuela?  Sí  No

En caso AFIRMATIVO, explique. \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Profesor(a) \_\_\_\_\_

## HISTORIAL PRENATAL

¿La madre estuvo expuesta a alguna enfermedad viral durante el embarazo?  Sí  No  
En caso AFIRMATIVO, ¿qué? \_\_\_\_\_

¿Se tomó alguna droga/medicamento durante el embarazo?  Sí  No  
En caso AFIRMATIVO, ¿qué? \_\_\_\_\_

¿Padeció alguna enfermedad materna durante el embarazo? (por ejemplo, incompatibilidad Rh, diabetes gestacional, transfusiones de sangre, etc.)  Sí  No  
En caso AFIRMATIVO, ¿qué? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE PARTO

Nació de término completo \_\_\_\_\_ o prematuro \_\_\_\_\_ peso de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Tuvo alguna complicación?  Sí  No  
En caso AFIRMATIVO, ¿qué? \_\_\_\_\_

¿Tuvo algún problema de respiración?  Sí  No  
En caso AFIRMATIVO, ¿qué? \_\_\_\_\_

¿Se sospechó o confirmó algún síndrome?  Sí  No  
En caso AFIRMATIVO, ¿qué? \_\_\_\_\_

¿Tuvo que tomar algún medicamento (incluyendo antibióticos)?  Sí  No  
En caso AFIRMATIVO, indique: \_\_\_\_\_

¿El/La niño(a) fue ingresado a cuidados intensivos?  Sí  No  
En caso AFIRMATIVO, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE INFANCIA/NIÑEZ

A qué edad su hijo(a): Se sentó solo(a) \_\_\_\_ Gateó \_\_\_\_ Caminó \_\_\_\_ Dijo sus primeras palabras \_\_\_\_ Oraciones \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) toma algún medicamento actualmente?  Sí  No  
En caso AFIRMATIVO, ¿para qué? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez han hospitalizado a su hijo(a)?  Sí  No  
En caso AFIRMATIVO, ¿para qué? \_\_\_\_\_

¿Historial de infecciones?  Sí  No  
En caso AFIRMATIVO, ¿cuántas al año? \_\_\_\_\_

## ¿SU HIJO(A) HA PADECIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES

Meningitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____	Amigdalectomía/Adenoidectomía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____
Sarampión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____	Dificultades de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____
Rubéola	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____	Dificultades de equilibrio/coordínación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____
Citomegalovirus	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____	Trastorno por déficit de atención	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____
Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____	Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____
Encefalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____	Sífilis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____
Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____	Ictericia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____
Fiebres altas (+104)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____	Paperas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____
Resfriados frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____	Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____	Transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____	Lesiones o caídas graves	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____
Trastorno de la visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____	Tos ferina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____
Tubos en los oídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad _____	Otro _____		

**INDIQUE CUALQUIER INFORMACIÓN NO MENCIONADA ANTERIORMENTE QUE CONSIDERE QUE DEBEMOS  
CONOCER:**

---

---

---

---

---

---