



Pediatric Audiology History

Nombre: _____ Cumpleaños: _____

¿Usted / ¿ha tenido alguna preocupación acerca de la audición de su hijo? Sí No

En caso afirmativo , describa: _____

En caso afirmativo , ¿cuánto tiempo ha notado un problema con la audición de su hijo? _____

Algún miembro de su familia , o el maestro de su hijo , nunca expresado su preocupación acerca de la audición de su hijo? Sí No

En caso afirmativo , describa: _____

¿Su hijo pasa su prueba de audición del recién nacido? Sí No

¿Alguno de los familiares de su hijo / miembros de la familia tienen problemas de audición? Sí No

En caso afirmativo , ¿quién? _____

En caso afirmativo , ¿qué edad se identificó la pérdida de audición? _____

¿Cuándo su hijo hablar sus primeras palabras? _____

Tiene actualmente su hijo reciba los servicios de terapia (es decir, del habla , terapia ocupacional , terapia física, etc.)? Sí No

En caso afirmativo , explique (es decir, el tipo de terapia , ¿cuánto tiempo, con qué frecuencia): _____

Ha sido su niño diagnosticado con alguna de las siguientes situaciones? Marque todo lo que corresponda.

- Habla / retrasos en el lenguaje
- La pérdida de audición
- ADHD
- Desorden del espectro autista
- Dificultades de aprendizaje

PRE-NATAL HISTORIA:

¿Alguna de las siguientes condiciones ocurrido durante el embarazo ? Marque todo lo que corresponda.

- CMV
- Falta de oxígeno
- Abuso de Sustancia/alcohol
- Infecciones
- Enfermedades contagiosas
- Otro: _____



Nació su hijo a término?

Sí No

¿Cuántas semanas? _____

Peso de nacimiento del niño: _____

Complicaciones: _____

Fue su hijo pueda regresar a casa desde el hospital con usted ? Sí No

Si no, por favor explique: _____

¿Alguna de estas condiciones se produjo durante el parto / alumbramiento o estancia en el hospital ? Marque todo lo que corresponda.

- Cesariano
- Defectos congénitos
- Los medicamentos administrados a niños
- Atención neonatal especial de la UCIN
- Ictericia
- Ventilador
- Puntajes de Apgar bajos
- Recibido una transfusión de sangre(s)
- Falta de oxígeno

OREJAS

¿Ha tenido su hijo infecciones del oído medio? Sí No

En caso afirmativo, cuántos en los últimos 6 meses? _____

En caso afirmativo, en qué oído? Derecha Izquierda Ambos

En caso afirmativo , ¿cuál fue el tratamiento (es decir, los antibióticos , los tubos de PE)? _____

¿Hay alguna otra información que considere sería útil para el audiólogo para saber?

A quién debemos agradecer por referencia al Centro Auditivo Verbal ? _____
