

FORMULARIO DEI HISTORIAL MÉDICO DE AUDIOLOGÍA

	rido por: Escuela: Grado:							
Kazo	ón por la prueba de la audición:							
HISTORIAL DE AUDICIÓN (AUDIOLÓGICO) Favor de marcar (X):		<u>NO</u>					<u>i</u>	
1.	¿Se le ha hecho alguna prueba/evaluación de audición? ¿Cuando? ¿Dónde? Resultados:		()				()
2.	Respuesta auditiva provocada del tronco encefálico (ABR, BAER)? ¿Cuando? ¿Dónde? Resultados:		()			()
3.	¿El padre de familia o el maestro tiene alguna preocupación acerca niño?	de la a	ud (icio)	ón (del	()
4.	¿Hay alguien que tenga pérdida de audición permanente de niño? ((no debido a infecciones de oído))			()		
5.	¿Su niño ha tenido infecciones de oído? () ¿Cuantas? Edad: ¿Cómo las trataron? (antibióticos, tubos)		()				
5.	¿Alguna vez su niño visitó a un otorrinolaringólogo (ENT)?		()			()
7.	¿Ha tenido cirugías de oído en el pasado? (tubos, adenoidectomia, reparación de alguna perforación, mastoidectomia, etc.)				()		
)	Especificar:							
8.	¿Su niño ha estado expuesto a ruidos fuertes? (balazos, cerca de un fuego pirotécnico, ruido industrial, área pasatiempos relacionados con ruidos fuertes)) i de tir	ο,		()		
HIS'	TORIAL DE SALUD							
1.	¿Alguna complicación durante el embarazo? (rubéola, toxoplasmosis sífilis, CMV-citomegalovirus, herpes) Especificar: -Página 1 de 2-	5,	()			()

¿Su niño nació prematuro?			(()	
¿De cuantas semanas nació prematuro? ¿lo pusieron en la NICU?	())		(
¿Algún problema durante el periodo de recién nacido (favor de marcar) (Ictericia Meningitis bacteriana Requirió oxigeno Malformación de la cabeza Bajo de peso (paladar hendido/labio leporino))			(
¿Su niño ha tenido alguna enfermedad seria? (favor de marcar) (Neumonía Meningitis Fiebre alta (104 +) Encefalitis Convulsiones Paperas Fiebre escarlatina Varicela Problemas cardiac Sarampión (rubéola) otro: especifique:) s			(
¿Su niño ha estado hospitalizado? (¿Por que? ¿Dónde?:)			(
O 10	_					
¿Cuando? ¿Donde?:						
Medicamentos en el pasado (quimioterapia o mycins?—streptomycin, gentamy kanamycin, etc.)	yo	cin	, ()		
Medicamentos en el pasado (quimioterapia o mycins?-streptomycin, gentam	_		()	(
Medicamentos en el pasado (quimioterapia o <i>mycins?–streptomycin</i> , <i>gentamycin</i> , etc.)	()	()	(
Medicamentos en el pasado (quimioterapia o <i>mycins?-streptomycin</i> , <i>gentam; kanamycin</i> , etc.) () ¿Algún historial de algún golpe en la cabeza (con pérdida de conocimiento?(()	()	(
Medicamentos en el pasado (quimioterapia o mycins?—streptomycin, gentam; kanamycin, etc.) ¿Algún historial de algún golpe en la cabeza (con pérdida de conocimiento?) ¿A su niño lo han visto en algún otro departamento en Children's Hospital? Especificar: ¿Las vacunas de su niño están al día?	()	()	(
Medicamentos en el pasado (quimioterapia o mycins?—streptomycin, gentam; kanamycin, etc.) ¿Algún historial de algún golpe en la cabeza (con pérdida de conocimiento?) ¿A su niño lo han visto en algún otro departamento en Children's Hospital? Especificar: ¿Las vacunas de su niño están al día?	())	()	((
Medicamentos en el pasado (quimioterapia o mycins?—streptomycin, gentam; kanamycin, etc.) ¿Algún historial de algún golpe en la cabeza (con pérdida de conocimiento?(¿A su niño lo han visto en algún otro departamento en Children's Hospital? Especificar: ¿Las vacunas de su niño están al día? (DRIAL DE DESARROLLO ¿Hay algún o hubo algún problema con el desarrollo del lenguaje y habla?(- ¿Su niño ha tenido alguna evaluación del lenguaje/habla?	())	()	((((((((((((((((((((
Medicamentos en el pasado (quimioterapia o mycins?—streptomycin, gentam; kanamycin, etc.) ¿Algún historial de algún golpe en la cabeza (con pérdida de conocimiento?) ¿A su niño lo han visto en algún otro departamento en Children's Hospital? Especificar: ¿Las vacunas de su niño están al día? (DRIAL DE DESARROLLO ¿Hay algún o hubo algún problema con el desarrollo del lenguaje y habla?)	())	()	(((()	
Medicamentos en el pasado (quimioterapia o mycins?—streptomycin, gentam; kanamycin, etc.) ¿Algún historial de algún golpe en la cabeza (con pérdida de conocimiento?(¿A su niño lo han visto en algún otro departamento en Children's Hospital? Especificar: ¿Las vacunas de su niño están al día? (DRIAL DE DESARROLLO ¿Hay algún o hubo algún problema con el desarrollo del lenguaje y habla?(- ¿Su niño ha tenido alguna evaluación del lenguaje/habla? (Su niño ha tenido terapia del lenguaje/habla?	())	()	((((((((((((((((((((

<u>sí</u>

NO