

1) Imprimir el formulario. 2) Completalo. 3) Tráigalo con usted a su cita.



Reporte de Salud Auditiva PEDIÁTRICO

Para pacientes de menos de 18 años

VA: (703) 942-8110
MD: (301) 468-7670
www.HearingAidDoctors.com

(Información confidencial del paciente)

Nombre: _____ Referido por: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Pediatra: _____

Como supo de nosotros?: _____

En cual hospital nació el niño?: _____

Nombre de soltera de la madre: _____

El embarazo/parto fueron normales? Sí No

Sí "NO," favor explicar: _____

Cómo supo de nosotros? Correo Teléfono Revista Periódico Televisión Web Médico Referencia _____

Historia de Salud Auditiva

Estuvo el niño en la UCIN? Sí No Sí ese fue el caso, por cuanto tiempo?: _____

Tiene/tuvo una deformidad del oído? Sí No Labio/Paladar leporino? Sí No

Aprobó el paciente su examen auditivo? Sí No En ambos oídos? Sí No

Ha experimentado infecciones crónicas del oído? Sí No Cuando fue la ultima? _____

Le han colocado tubos en los oídos? Sí No Sí ese fue el caso, cuando/cual oído? _____

Ha tenido el paciente alguna cirugía del oído? Sí No Sí positivo, cuando? _____

Hay historia familiar de pérdida de audición? Sí No

Ha tenido el niño antes un examen de audición? Sí No Sí positivo, cuando? _____

Historia de Audífonos

Ha tenido el niño pérdida de audición? Sí No _____

Ha usado el niño previamente/actualmente audífonos? _____ Izq. _____ Der _____ Ambos _____

Existe preocupación acerca del desarrollo de /habla/lenguaje? Sí es así, esta recibiendo el niño terapia/servicios?: _____

Ha habido alguna historia de retardos del desarrollo? Sí es así, esta el niño recibiendo terapia/servicios?: _____

Por favor describa otra historia medica relevante : _____