

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

Reporte de Salud Auditiva PEDIÁTRICO

Para pacientes de menos de 18 años

(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

Si "No," favor explicar: _____

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

Historia de Salud Auditiva

Estuvo el niño en la UCIN? Sí No Si 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 Si ese fue el caso, cuando/cual oído? _____

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

Hay historia familiar de pérdida de audición? Sí No

Ha tenido el niño antes un examen de audición? Sí No Si 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? Si es así, esta recibiendo el niño terapia/servicios?: _____

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

Por favor describa otra historia medica relevante: _____
