



Historial Pediatrico de Audicion

Nombre del Menor _____ Fecha de Nacimiento _____ Date _____

___ Si ___ No Su hijo(a) paso la prueba auditiva de recién nacido? _____

___ Si ___ No Ha tenido su hijo alguna vez un examen de audicion? Si ha tenido diganos cuando, con quien y cual fue el resultado _____

___ Si ___ No Tiene alguna preocupacion de como escucha su hijo(a)? Si tiene, explique _____

___ Si ___ No Ha tenido su hijo(a) drenaje de sus oidos en los ultimos 90 dias?

___ Si ___ No Tiene su hijo(a) historial de infecciones de oido cronicas? Si tiene, Cual oido? ___ Derecho ___ Izquierdo

___ Si ___ No Ha tenido su hijo(a) cirujia de oido? Si ha tenido cuando, cual oido y que tipo? _____

___ Si ___ No Su hijo(a) se queja de dolor de oidos? Si, cual oido? ___ Derecho ___ Izquierdo ___ Ambos

___ Si ___ No Alguien en su familia sufre perdida de audicion (inmediata o extensa) que comenzo antes de la edad de 30?

___ Si ___ No Su hijo(a) responde consistente a su voz?

___ Si ___ No Su hijo(a) responde a ruidos fuertes?

___ Si ___ No Su hijo(a) trata de localizer de donde vienen los sonidos?

___ Si ___ No Su hijo(a) responde a sonidos desde otras habitaciones?

___ Si ___ No Su hijo(a) usa aparatos auditivos? Si usa, cuando fue su primer ajuste? _____

Historia de Embarazo y Nacimiento

___ Si ___ No Hubo abnormalidades durante el embarazo?

___ Si ___ No Fue nacimiento prematuro?

___ Si ___ No Alguna complicacion durante el parto?

___ Si ___ No La madre tuvo alguna enfermedad durante el embarazo?

___ Si ___ No La madre tomo algun medicamento durante el embarazo?

Despues del nacimiento tuvo su hijo(a) alguno de los siguientes?

___ Si ___ No Alguna infeccion que requiere medicamento?

___ Si ___ No Abnormalidades en cabeza, cuello o oido?

___ Si ___ No Necesito un encubador?

___ Si ___ No Tratamiento para la ictericia?

___ Si ___ No Dificultad para respirar?

___ Si ___ No Problemas de alimentacion?

If Si respondio si alguna de esas cosas, por favor explique _____

Historia Medica

Ha tenido o tiene ahora su hijo(a) alguna de las siguientes ?

	Si	No		Si	No
Alergias	___	___	Varicela	___	___
Asma	___	___	Convulsiones/ataques	___	___
Cancer	___	___	Hopitalizaciones	___	___
Meningitis	___	___	Sarampion	___	___
Paperas	___	___	Problemas de la vista	___	___
Lesion/trauma en la cabeza	___	___	Problemas de rinones	___	___

Si marco alguna por favor explique brevemente _____

Cuantos idiomas se hablan en el hogar? _____ Cuales idiomas? _____

Hubo algun retraso en gatear, caminar o hablar? _____

Historia de Comunicacion

___ Si ___ No Tiene usted alguna preocupacion de lenguaje o del habla de su hijo(a)? Si tiene, explique _____

_____ A

que edad dijo su hijo(a) su primer palabra? _____

A que edad su hijo(a) dijo dos palabras juntas? _____

___ Si ___ No Su hijo(a) usa muy seguido gestos cuando se comunica?

___ Si ___ No Su hijo(a) continuo agregando palabras despues de su primer palabra?

___ Si ___ No Su hijo(a) sigue comandos/instrucciones simples?

Si su hijo(a) tiene 2 años or menos, cuantas palabras utiliza? _____

___ Si ___ No Su hijo(a) ha sido evaluado para el habla alguna vez? Si cuando? _____

___ Si ___ No Esta su hijo(a) recibiendo terapia del habla en este momento?

El habla de su hijo(a) lo entienden:

___ Si ___ No Sus padres?

___ Si ___ No Hermanos(as)?

___ Si ___ No Otros adultos?