



### 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?