

HISTORIAL DE SALUD DE AUDICIÓN

Para uso de Chequeos KBH para niños de cinco años.

Los niños que han tenido muchas infecciones del oído y periodos de sordera son mas probables a tener dificultades de lenguaje, vocabulario, y para escuchar. Cierta historia es beneficiosa para una evaluación más completa.

Padres o guardián(es), por favor contesten las siguientes preguntas:

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Doctor primario: _____

- 1. ¿Su niño(a) tuvo problemas* del oído antes de la edad de 1 año? **SI** **NO**
- 2. ¿Alguna vez su niño(a) ha tenido liquido en el oído? **SI** **NO**
- 3. ¿Aproximadamente cuantos problemas de oído ha tenido su niño(a) en su vida?
0-2 3-5 6-10 10 o más
- 4. ¿Su niño(a) suele tener 4 o más problemas de oído al año? **SI** **NO**
- 5. ¿Su niño(a) ha tenido un problema del oído durante los últimos 6 meses? **SI** **NO**
- 6. ¿Su niño(a) ha tenido un problema del oído que duro 3 meses o más? **SI** **NO**
- 7. ¿Alguna persona relacionada al niño(a) ha tenido muchos problemas del oído? **SI** **NO**
- 8. ¿Alguna vez a visto un especialista a su niño(a)? **SI** **NO**
¿Si sí, que doctor? _____
¿Mes/Año de la última visita? _____
- 9. ¿Alguna vez su niño(a) ha tenido tubos colocados en el tímpano? **SI** **NO**
¿Si sí, cuántas veces? _____
¿En/A qué edad(es)? _____
¿Cuál oído? _____
- 10. ¿Le preocupa la audiciencia de su niño(a)? **SI** **NO**
- 11. Por favor marque todos que apliquen a su niño(a): **SI** **NO**

Viruela lesión en la cabeza meningitis episodio de fiebre muy alta

Otras condiciones serias como cáncer

Por favor describa la condición

*Problema del oído = infección del oído, dolor de oídos, medicina que se tomó para los oídos, líquido detrás del tímpano, agujero en el tímpano, etc.

REFERENCIA ES NECESARIA SI UN NIÑO RESPONDE DI A CUALQUIER UN INDICADOR EN UNA PANTALLA DE PAPEL DE LA AUDIENCIA INICIAL.

Screener: _____ Date: _____

PLEASE NOTE PROVIDERS ARE REQUIRED TO INTERPRET AND INITIATE CARE WHEN INDICATED.

Para las mujeres, se recomienda verificar un examen de CBC al comienzo de la menarquia (ciclo menstrual). Podemos ordenarlo el día de hoy durante esta visita (si no se ha hecho previamente después del inicio de la menarquia).

_____ Doy mi consentimiento para que se realice el estudio de laboratorio a mi hijo.

_____ Rechazo No doy mi consentimiento para los estudios de laboratorio a mi hijo.

Firma de los padres

Fecha

Well Child Check Visual Acuity

Corrected: Yes / No

OD - Right eye: 20/____

OS - Left eye: 20/____

OU - Both eyes: 20/____

Patient is unable to complete visual acuity due to:

***Please remember to document in Cerner intake